

Le vécu des femmes qui pratiquent l'allaitement maternel prolongé

Mémoire de Fin d'Etudes

Travail Bachelor Sage-femme

Mathilde Aroud

Nathalie Donnez

Directrice de mémoire : Caroline Chautems, anthropologue de la naissance

Experte enseignante : Barbara Kaiser, Professeure HEDS, filière sage-femme

Experte de terrain : Sophie Guerra, sage-femme indépendante

Genève, août 2015



« I loooove it. There is milk and that milk is yummy and I drink it. »
Une petite fille de trois ans et demi.

Karleen D. Gribble (2009)

« Les femmes qui donnent le sein plus d'une année sont confrontées parfois à l'incompréhension et au rejet de leur famille, amis et des professionnels de santé. La même chose s'est produite il y a un demi-siècle avec les premières femmes qui ont porté des pantalons. Patience, ils s'habitueront. »

Carlos González (2010)

Déclaration sur l'honneur

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.
Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Le 3 août 2015

Mathilde Aroud et Nathalie Donnez

Remerciements

A Caroline Chautems, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

A Sophie Guerra, pour ses remarques et ses idées.

A Barbara Kaiser, pour son accompagnement à l'initiation de ce travail et à sa participation à notre jury.

A nos familles, et en particulier à nos parents, pour nous avoir soutenues et encouragées.

A Christine et Chantal Poirier, pour nous avoir relues et corrigées.

A Amina Boughanem, pour son soutien et sa sagesse.

Aux mamans de Grenade et à Catherine Pelissier, pour nous avoir communiqué leur plaisir d'allaiter.

A nos enfants Augustin, Octave et Vigo.

Résumé

Objectif : Explorer le vécu des femmes qui allaitent leur enfant sur une période prolongée.

Méthode : Revue de la littérature basée sur une analyse critique et descriptive de cinq articles sélectionnés.

Résultats : L'allaitement prolongé présentant des bénéfices reconnus pour la santé de la mère et de l'enfant, et recommandé par les organismes de santé internationaux, n'est pas admis comme une norme culturelle dans nos sociétés industrialisées. Les mères qui pratiquent l'allaitement prolongé font un choix contraire à la tendance dominante. Il existe une forte stigmatisation sociale des femmes qui allaitent « longtemps ». Elles s'exposent à des critiques et des jugements de leurs proches, des professionnels de santé et de la population en général.

Conclusion : Les femmes qui allaitent sur une période prolongée ont besoin de reconnaissance et de soutien. Des actions doivent être mises en œuvre afin de faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement prolongé et les attitudes à l'égard des femmes qui allaitent longtemps. Les sages-femmes ont un rôle primordial à jouer dans la démocratisation de cette pratique.

Mots-clés : allaitement prolongé, allaitement long, allaitement au long cours, durée d'allaitement, sevrage naturel mené par l'enfant, vécu des femmes, expériences des mères

Table des matières

I. Questionnement professionnel

Les bénéfices de l'allaitement[1] sont aujourd'hui largement reconnus pour la santé de la mère et de l'enfant et ceci tant qu'il dure. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus, en association avec une alimentation complémentaire adéquate (OMS, 2015).

Pourtant, en Suisse, comme dans la plupart des pays industrialisés, le sevrage de l'enfant a lieu généralement avant ses douze premiers mois de vie. Aujourd'hui, l'allaitement prolongé[2], dans notre culture, est une pratique marginale.

Pendant nos études de sage-femme[3], nous avons peu été sensibilisées et confrontées à cette pratique. En effet, le programme d'enseignement sur l'allaitement comprend principalement la physiologie de la lactation, l'initiation de l'allaitement, ses avantages, ses difficultés et ses complications, ainsi que le sevrage. Les spécificités de l'allaitement prolongé ne sont pas abordées en cours. D'autre part, il est rare que nous ayons rencontré une situation d'allaitement prolongé sur nos lieux de stage. Quand cette situation s'est présentée, la dureté des réactions du personnel soignant face à une femme qui allaite son enfant plus âgé nous a interpellées.

A titre d'exemple, lors d'un stage en service de gynécologie, une patiente hospitalisée pour une hyperémèse gravidique allaitait son fils de deux ans lorsqu'il venait lui rendre visite. Cet allaitement a suscité de nombreux débats parmi le personnel soignant. Les membres de l'équipe soignante ont tout d'abord évoqué des risques physiques pour la mère, tels que déshydratation et fatigue, puis ils ont clairement exprimé leur dégoût de voir un enfant qui marche et qui parle « prendre le sein ». Une sage-femme a tenté de convaincre la mère de sevrer l'enfant. Les débats, principalement nourris de croyances personnelles, ont pris fin grâce à l'intervention du gynécologue chef de service qui a déclaré qu'il n'y avait pas de contre-indication à ce que cette femme poursuive son allaitement, ajoutant qu'il s'agissait d'une pratique courante dans de nombreux pays et qu'elle était bénéfique pour la santé de la mère et de son enfant.

Bien que minoritaire dans les pays industrialisés, il semblerait, selon certains auteurs[4], que la pratique de l'allaitement prolongé soit en augmentation (Sinnott, 2011). Ces dernières années, de plus en plus d'ouvrages, d'articles ou de pages internet traitent du sujet[5]. L'allaitement prolongé fait l'objet de débats passionnés et de vives critiques. La

---

[1] Dans ce travail le terme d'« allaitement » est employé uniquement pour désigner un allaitement maternel.

[2] Il n'existe pas de définition précise de l'allaitement prolongé. Il s'agit d'une notion dépendante du contexte culturel. Dans ce travail nous appelons « allaitement prolongé » un allaitement qui se poursuit au-delà des douze premiers mois de vie de l'enfant.

[3] Dans ce travail le terme « sage-femme » accordé au féminin comprend les hommes sages-femmes.

[4] Pour ce travail, nous avons pris le parti de ne pas utiliser un langage épicène par souci d'allègement du texte.

[5] Depuis la parution de l'ouvrage de référence de Bumgarner (1980), les ouvrages se sont multipliés récemment : Australe (2010), Sinnott (2010), Robisch (2014), Vigouroux (2015). Il existe également des articles (Kamnitzer, 2009; Guedes, 2015), des revues (Allaiter Aujourd'hui !, 2014), des pages Web, blogs et forums consacrés à ce sujet.

polémique a atteint son paroxysme lors de la parution d'un numéro de la revue Time en 2012 présentant en couverture la photo d'une mère allaitant son enfant de trois ans (Picket, 2010) (annexe 1).
Ce « coup médiatique » a permis une certaine visibilité de cette pratique et a suscité des réactions plus ou moins « enflammées » du grand public et des médias.

Pourquoi ce sujet suscite-t-il autant de réactions ? Est-ce « normal » d'allaiter un enfant jusqu'à l'âge de trois, cinq ou sept ans ? Existe-t-il une limite d'âge souhaitable pour allaiter ?
Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse dans ce travail, en appréhendant l'allaitement long sous différents angles (historique, anthropologique, scientifique et socio-culturel).

Les femmes qui font ce choix pour nourrir leur enfant rapportent qu'elles rencontrent souvent jugements et critiques et qu'elles se sentent stigmatisées par la société. Ainsi, elles évitent, en général, d'allaiter en public, ou encore elles dissimulent leur allaitement aux professionnels de santé, afin d'échapper aux réactions négatives.
Ces femmes sont même parfois accusées d'abus sexuels. Il arrive aussi que l'allaitement prolongé soit utilisé à leur désavantage dans des décisions judiciaires de garde d'enfant (Wilson-Clay, 1990).

Ainsi, l'allaitement prolongé, pourtant reconnu par les organismes de santé comme bénéfique pour la santé est aujourd'hui mal accepté par la société.
Ce constat nous amène à nous intéresser à ces femmes qui allaitent plus longtemps que les autres en nous posant les questions suivantes :
Pourquoi font-elles ce choix, contraire à la tendance dominante dans nos sociétés ? Quels sont les aspects positifs et négatifs de cette expérience ? Quel est le vécu de ces femmes ?

Les sages-femmes, qui participent activement à la mise en place de l'allaitement et à sa réussite, interviennent peu lorsque l'allaitement dure. En tant qu'accompagnantes de la grossesse et du post-partum, et garantes de la santé de la femme et de l'enfant, elles doivent être sensibilisées à l'allaitement prolongé, afin de pouvoir aider au mieux les familles dans leur projet d'allaitement au long cours. Elles se doivent de connaître les bénéfices de cette pratique en regard de la littérature scientifique, ainsi que les difficultés concrètes que peuvent rencontrer les femmes, afin d'anticiper leurs besoins et d'optimiser leur accompagnement.
Il appartient, entre autres, à la sage-femme, en première ligne pour participer à la promotion et au soutien de l'allaitement prolongé, de favoriser et de faciliter cette pratique, tout en respectant le choix propre de chaque femme, de chaque famille.

On lit dans le code de déontologie de la sage-femme international que : « Les sages-femmes sont reconnues pour leurs capacités à promouvoir la santé des femmes tout au long de leur vie, de même auprès des familles et des autres professionnels de la santé » (ICM, 1993).

En reconnaissant cette pratique et en abordant le sujet sans tabou, la parole des femmes pourra être libérée, leur choix respecté, et cette pratique un jour démocratisée.

II. Cadre de référence théorique

A. Recommandations des organismes de santé publique

Nous commencerons par énoncer les recommandations internationales. Puis, nous aborderons les recommandations émises par les organismes de santé publique en Suisse. Enfin, nous nous intéresserons aux recommandations en vigueur dans d'autres pays européens.

1. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé

Selon l'OMS (2015) :

> Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus.

L'OMS recommande donc, un allaitement d'une durée minimum de deux ans. Elle précise encore que la mise au sein de l'enfant devrait être fréquente et à la demande (OMS, 2000, p.8).

Ces recommandations se basent sur les conclusions d'une revue systématique (Kramer & Kakuma, 2002).

2. Recommandations en Suisse

Dans ses dernières recommandations de 2009, la Société Suisse de Pédiatrie (SSP) conclut que les recommandations de l'OMS sur l'alimentation du jeune enfant peuvent s'appliquer en Suisse. Cependant, elle précise que l'introduction des aliments solides est possible et, dans certaines situations, raisonnable à partir du cinquième mois de vie de l'enfant au plus tôt. La durée de l'allaitement exclusif est argumentée en détail.
Par contre, la SSP ne se prononce pas sur la durée totale d'allaitement. Elle fait seulement apparaître une interprétation de la recommandation de l'OMS :
« la poursuite de l'allaitement jusqu'au-delà de la première année, voire plus longtemps » (Commission de Nutrition de la Société Suisse de Pédiatrie, 2009, p.22). Or, nous avons vu que l'OMS préconise la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans, voire plus.

Selon le schéma d'introduction des aliments solides chez les nourrissons, élaboré par la SSP et la Société Suisse de Nutrition (SSN) en 2011, l'allaitement est mentionné après 12 mois, au même titre que le lait de suite ou le lait de vache.
Pourtant, il est intéressant de remarquer que dans les dernières recommandations de 2012 de la SSN, le lait maternel est mentionné jusqu'à 12 mois, mais n'apparaît pas après cette limite d'âge (SSN, 2012, p.7).

Les Hôpitaux Universitaires de Genève diffusent depuis 2009 une brochure intitulée « Du lait … aux petits plats » qui est un document de référence sur l'alimentation du jeune enfant destiné aux familles du canton de Genève. Dans son tableau récapitulatif d'introduction des aliments solides (p.5), l'allaitement n'apparaît plus dans la rubrique « produits laitiers » dès 6 mois.
D'autre part, les descriptifs de repas à 6 mois, 7-8 mois, 9-10 mois et 12-15 mois (p.8 et 9) incluent le sein au menu, en calquant la fréquence des tétées sur celle des biberons, c'est-à-dire quatre fois par jour, puis deux fois par jour dès 9 mois. Ces recommandations correspondent à un plan de sevrage dès 6 mois[1].
En outre, dans les explications concernant l'apport lacté, aucune précision ne figure sur l'allaitement. Seule figure cette recommandation : « Durant toute cette période, vous devez assurer une consommation quotidienne minimum de 500 ml de lait spécifique pour bébé. Après une année, privilégiez le lait de croissance ou « junior » (p.8). » Ainsi, dans cette brochure, le lait maternel est pratiquement omis après les 6 premiers mois de l'enfant.

En analysant les contenus visuels de cette brochure, il est, par ailleurs, intéressant de noter qu'elle contient plus de deux fois plus de représentations de biberon que de sein.

En Suisse un organisme se charge de la promotion de l'allaitement. La fondation « Promotion allaitement maternel Suisse », créée en 2000, est un centre de compétences national et indépendant. Elle met ses services à disposition de groupes de professionnels et d'organismes actifs dans les domaines de la grossesse, de l'accouchement et de la petite enfance. (Promotion allaitement maternel Suisse, 2015). Elle est soutenue par différentes organisations, la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO), la SSP et la Fédération Suisse des Sages-Femmes (FSSF). La fondation aborde le sujet de l'allaitement prolongé sur son site internet dans la rubrique « Questions & réponses ». Elle commence par mentionner la recommandation de l'OMS, en la nuançant immédiatement, puis rappelle certains préjugés véhiculés autour de cette pratique :

> Vous n'êtes pas obligée de suivre cette recommandation, mais l'allaitement peut durer aussi longtemps que vous et votre enfant le souhaitent. De nombreuses mères ne se sentent pas bien dans leur peau si elles allaitent (en public) un enfant de plus de six, voire douze mois. Elles entendent souvent dire qu'elles ne peuvent lâcher leur enfant ou bien que leur lait maternel n'a plus de valeur nutritive à ce stade. (Promotion allaitement maternel Suisse, 2015)

En résumé, nous n'avons pas trouvé de la part des organismes suisses de santé publique de recommandations claires sur l'allaitement prolongé. L'association genevoise pour l'alimentation infantile (GIFA) (2015) confirme cette constatation : « En Suisse, il est rarement mentionné que l'allaitement peut être recommandé au-delà de 2 ans. La

[1] Selon les spécificités de la physiologie de l'allaitement, une restriction aussi importante des tétées risque de diminuer la production lactée (Didierjean-Jouveau, 2009). Selon le pédiatre Gonzalez (2006, p. 194-216), la première année de vie, même après 6 mois, il est important de continuer à allaiter à la demande (les moments où la mère se trouve avec l'enfant). L'OMS recommande, pour sa part, un allaitement fréquent et à la demande jusqu'à deux ans et au-delà (OMS, 2011, p.8).

recommandation d’allaiter 2 ans en soit, certes reprise en Suisse, suscite encore des controverses ».

3. Recommandations à l’étranger

Nous allons étudier maintenant les recommandations françaises en raison de la proximité culturelle qui existe entre ce pays et la Suisse romande. Ensuite, nous aborderons les recommandations en Italie et en Espagne, car ces deux pays ont émis récemment des recommandations spécifiques sur l'allaitement prolongé.

a. En France

Selon le rapport du Programme National Nutrition Santé (PNNS), le Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie (SFP) reconnaît la recommandation de l'OMS sur la poursuite de l'allaitement au-delà de deux ans (Comité de nutrition de la SFP, 2003).
Le « guide nutrition de la naissance à trois ans », conçu par l’Agence française de sécurité sanitaire des aliments (fssa) en 2004 présente les recommandations officielles nationales et des conseils détaillés à destination des familles.
Selon ce guide, « l’allaitement maternel est recommandé de façon exclusive jusqu’à 6 mois, et au moins jusqu’à 4 mois pour un bénéfice sur la santé. Mais, même de plus courte durée, l’allaitement reste toujours recommandé » (p.5). Aucune recommandation sur l’allaitement au-delà de 6 mois n'est émise.
Ce mode d'emploi pour la diversification alimentaire préconise de remplacer progressivement les tétées par les repas pour aboutir à 8 mois à seulement deux tétées par jour, ce qui risque de compromettre la production lactée, comme nous l’avons vu précédemment. De 9 à 12 mois, plus qu'une seule tétée est recommandée, le matin. Le reste de la journée l'apport lacté est assuré par des produits laitiers. Aucune information n'est destinée aux mères qui souhaitent poursuivre leur allaitement plus de 6 mois.
Dans les recommandations générales pour les âges de 8/12 mois à 3 ans, de nombreux détails sont fournis sur les types de produits laitiers conseillés, mais l'allaitement n’apparaît pas (Afssa, 2004).

Ainsi, les recommandations françaises font peu, voire pas, référence à l'allaitement au-delà de 6 mois.

Il est rare de trouver des pays européens qui émettent des recommandations spécifiques sur l'allaitement prolongé. L'Espagne et l'Italie font figure d'exception à ce sujet.

b. En Espagne

Il est intéressant de souligner qu'il existe au sein même de l’Association Espagnole de Pédiatrie (AEP) un comité d'allaitement maternel. Ce dernier a émis des recommandations très complètes en 2012 concernant tous les aspects de l'allaitement. Ces recommandations sont facilement accessibles sur leur site internet. L’allaitement prolongé est abordé, la recommandation de l'OMS sur la durée totale d’allaitement est rappelée en précisant que donner le sein au-delà des deux ans de l'enfant, même si cela

est peu fréquent, continue à être bénéfique pour la mère et son enfant (AEP, 2012, p. 9, traduction libre).

Ce même comité met à disposition, sur internet, une vidéo qui présente les bénéfices de l'allaitement prolongé et l'importance que la société accepte et soutienne cette pratique positive pour la santé de la mère et de son enfant (AEP, 2014).

Enfin, il a émis, en 2015, des recommandations spécifiques dans un document intitulé « Allaitement maternel chez les grands enfants ou prolongé », dans lequel il conclut :

> L'allaitement maternel est une source de santé actuelle et future. Plus sa durée est longue, plus son bénéfice potentiel est important. Il est recommandé de le maintenir jusqu'au 12-24 mois de l'enfant et ultérieurement, tout le temps que la mère et l'enfant le souhaitent. Il est important que les décisions et besoins de chaque famille soient respectés, quelle que soit l'option qu'ils choisissent.
> La principale difficulté à laquelle sont confrontées les mères de grands enfants allaités est le rejet social. C'est pourquoi le Comité d'allaitement de l'AEP souhaite soutenir toutes les femmes qui ont décidé d'allaiter, quel que soit l'âge de leurs enfants, avec l'objectif de contribuer à normaliser l'allaitement maternel au-delà de la première année. (AEP, 2012, traduction libre, p.3)

c. En Italie

En Italie, le groupe de travail interdisciplinaire pour la promotion de l'allaitement (2014) réunit différents acteurs du domaine de l'allaitement au sein du ministère de la santé : certains membres du ministère de la santé, les représentants des pédiatres et gynécologues, un représentant des associations et d'organisations non gouvernementales (ONG) sur l'allaitement, des membres du ministère de l'enseignement et de la recherche et du ministère du travail et de la politique sociale.
Ce groupe de travail interdisciplinaire a émis des recommandations spécifiques intitulées « Allaitement maternel au-delà d'une année de vie et bénéfices sur le plan du développement cognitif, affectif et relationnel de l'enfant ». Dans ce document, il confirme la recommandation de l'OMS, détaille les bénéfices de l'allaitement prolongé, et adresse des messages spécifiques à la société civile, aux professionnels de santé et aux éducateurs de la petite enfance, ainsi qu'aux femmes qui allaitent et à leur famille (Ministère de la santé italien, 2014).

Ces prises de position claires, en faveur de l'allaitement prolongé, basées sur l'évidence scientifique, encouragent la normalisation de cette pratique.

4. Evaluation des recommandations des pays industrialisés

Dans la plupart des pays industrialisés où l'allaitement long est peu pratiqué, les recommandations sur la durée totale de l'allaitement sont parfois revues à la baisse. Dans certains comités nationaux de Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), une durée de 1 an au minimum est évoquée, se substituant à la durée de 2 ans ou plus mentionnée dans les documents de l'OMS.

Pourtant, selon La Leche League, les pays industriels ne sont pas exclus de ces recommandations qui sont universelles car elles reposent sur un fonctionnement biologique humain. Les bénéfices pour la santé des enfants vivant dans les pays industrialisés ne peuvent pas être ignorés (La Leche League, 2013).

Selon une étude sur la promotion de l'allaitement en Europe en 2003, seulement 10 pays sur les 29 pays évalués, recommandaient l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà, et seulement 4 pays avaient inclus cette recommandation dans leur politique nationale. Il s'agissait du critère le moins bien respecté. Par contre, d'autres critères comme l'allaitement exclusif pendant 6 mois ou le soutien de l'allaitement à la naissance étaient suivis par la grande majorité des pays (Cattaneo, 2005). Jusqu'à présent, les efforts des pays industrialisés se sont surtout concentrés sur l'initiation de l'allaitement et durant les premières semaines post-partum (Dowling, 2013). La recommandation d'une durée de deux ans ou plus est encore peu considérée dans les pays européens.

Nous avons montré que la recommandation sur la durée totale d'allaitement émise sur le plan international, basée sur l'évidence scientifique, n'est pas toujours relayée par les pays européens, ni appliquée dans leur programme de promotion de la santé. Sur ce sujet précis, et notamment en Suisse, les recommandations destinées au grand public sont influencées par notre contexte culturel (importance culturelle et accessibilité des produits de l'industrie laitière, culture du biberon), en préconisant les laits de substitution ou produits laitiers au détriment du lait maternel, parfois dès 6 mois. Les supports conçus par les organismes de santé publique, destinés aux familles reflètent souvent l'idée que le début de la diversification alimentaire rime avec sevrage.

Enfin, nous pouvons conclure avec cette citation de Newman, pédiatre, qui dénonce le problème d'une société qui a pris pour norme la « copie » au lieu de « l'original » :

> De nombreux professionnels de santé sont convaincus que le lait industriel (l'imitation) est nécessaire pour un bébé de 6 mois et plus, même si ce n'est pas le cas, tandis qu'ils pensent que le lait humain (l'original) ne l'est pas, alors qu'IL L'EST. Si les professionnels de santé pensent que le lait industriel est nécessaire après 6 mois, alors le lait maternel est encore PLUS nécessaire (Newman, 2005).

B. Prévalence de l'allaitement prolongé

1. En Suisse

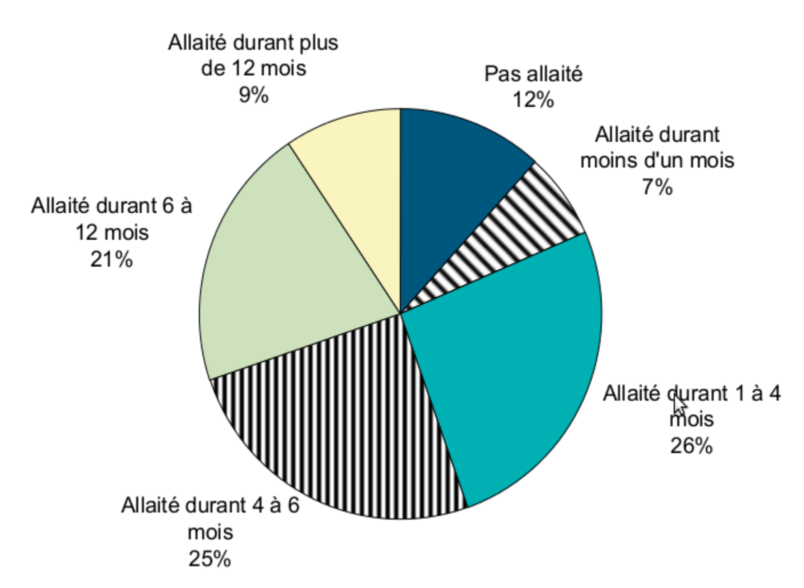
Selon l'Enquête suisse sur la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique, portant sur un échantillon de 18000 personnes, 9 % des mères ont allaité plus de 12 mois.
Il existe une différence régionale concernant la durée de l'allaitement. En Suisse alémanique et au Tessin, 37 % des parents ont indiqué avoir allaité leur enfant durant plus de 6 mois, alors que cette proportion atteint à peine 28 % en Suisse romande. La Suisse romande étant sous l'influence du contexte français particulièrement peu favorable à l'allaitement[1], nous pouvons penser que la culture influe sur la durée de l'allaitement.

[1] En France, à six mois de vie seuls 23% des enfants sont allaités (Unité de surveillance périnatale et nutritionnelle (USPEN) 2014).

Selon cette même enquête, le niveau de formation, et la nationalité, n'ont pas d'influence sur la durée totale d'allaitement. Par contre, il est démontré que les femmes qui déclarent faire attention à leur alimentation allaitent plus longtemps que les autres.

Il aurait été intéressant d'apporter des données sur l'évolution de la durée de l'allaitement en Suisse, malheureusement, les enquêtes menées précédemment n'utilisaient pas la même formulation de questions, et ne permettent donc pas de comparaison (Office Fédéral de la Santé Publique, 2014, p.44).

A) Allaitement du dernier-né, en 2012 (en % de tous les parents d'enfants de moins de 15 ans)



ESS 2012, n=4056. Réponses aux questions : « Avez-vous allaité votre plus jeune enfant ? »et « Combien de temps avez-vous allaité votre plus jeune enfant ? »

Tiré de : Office Fédéral de la Santé Publique, 2014

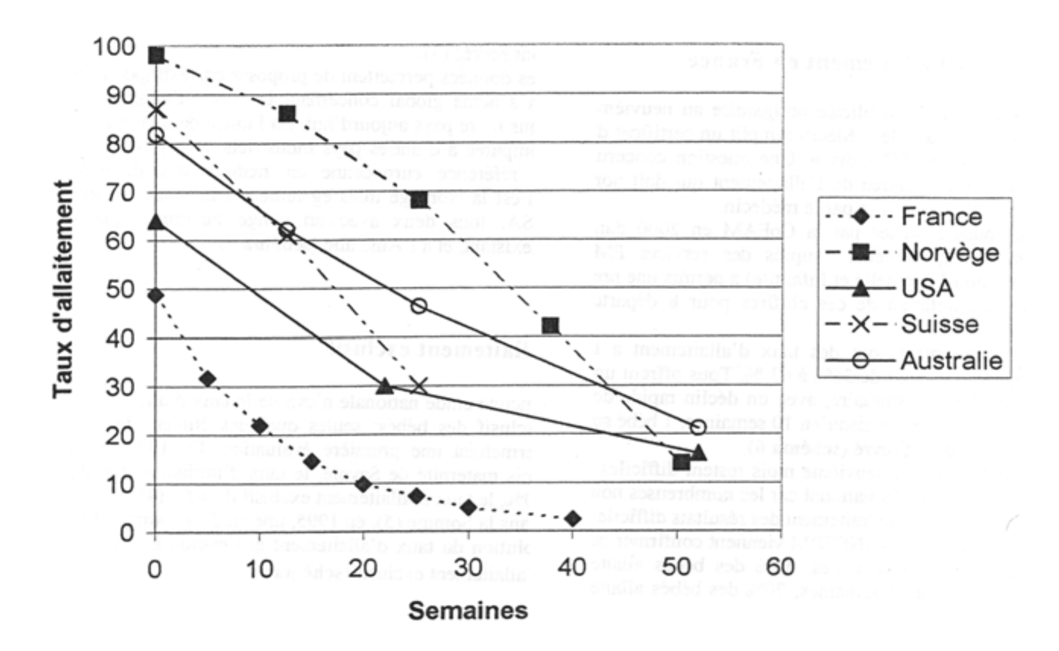
Selon l'étude « Swiss Infant Feeding Study » (SWIFS) de 2014 sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie, portant sur un échantillon de 1650 personnes, la durée médiane d'allaitement s'élève à 31 semaines (moins de 8 mois). Ce chiffre est le même que celui de l'enquête précédemment menée en 2003.

D'autre part, au-delà de 10 mois, 25 % des mères ont allaité au moins une fois au cours des dernières 24 heures, mais 0 % ont allaité complètement, sans donner de lait de substitution. En 2003, ces chiffres étaient réciproquement de 23 % et 0 %. Selon ces résultats, il y aurait donc une stagnation de la durée d'allaitement depuis 10 ans (Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV), 2014, p. 4-5).
Ainsi, selon les deux enquêtes précitées, le taux d'allaitement en Suisse après 10-12 mois serait de 9 à 25 %.

Nous pouvons, par ailleurs, faire remarquer qu'aucune étude ne détaille la durée de l'allaitement au-delà de 12 mois.

2. Dans les pays industrialisés

Dans la plupart des pays européens, des écarts importants existent entre les recommandations officielles et la pratique d'allaitement des mères, à l'exception de certains pays d'Europe du Nord.



Tiré de : Pilliot, 2004

Ce graphique, qui compare les taux d'allaitement dans le temps (jusqu'à 12 mois) dans cinq pays industrialisés, met en évidence des disparités entre ces pays.

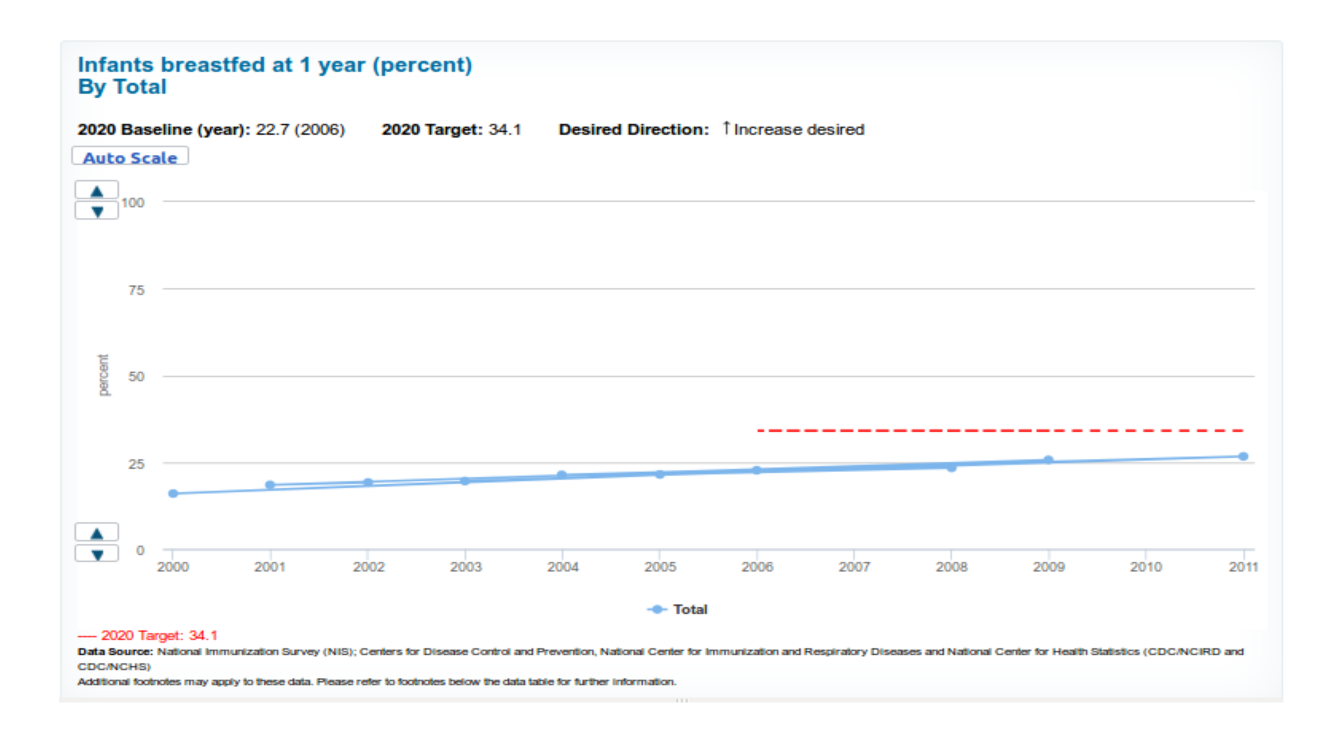
En France, l'étude « Épifane » sur l'alimentation des enfants au cours de leur première année de vie, a évalué la durée de l'allaitement sur un échantillon de 2806 enfants. La durée médiane d'allaitement est de 15 semaines chez les mères ayant essayé d'allaiter à la maternité. A 6 mois seuls 23 % des enfants étaient encore allaités. A 12 mois, seuls 9 % des enfants recevaient encore du lait maternel (5 % sans préparation pour nourrisson et 4 % avec) (USPEN, 2014).

Au Royaume-Uni, selon l'enquête de nutrition « Feeding Survey » de 2005, 18 % des enfants sont encore allaités à 9 mois. On ne dispose pas de données pour des durées plus longues (Bolling et al., 2005).

La Norvège est le pays d'Europe qui présente les taux de prévalence de l'allaitement prolongé les plus élevés. En 2006 et 2007, le taux d'allaitement y était de 46 % à 12 mois (USPEN, 2014). La pédiatre Loras-Duclaux (2000) explique les raisons d'un tel succès : initiative des hôpitaux « amis des bébés » généralisée ; coopération entre associations de soutien à l'allaitement, gouvernement, professionnels de santé et mères ; services

hospitaliers « plus humains » (sans interventions médicales superflues) ; contrôle de la commercialisation des substituts au lait maternel ; congés maternité « généreux » (10 mois à 100 % du salaire et 12 mois à 85 %), réduction du temps de travail de 2 heures par jour rémunérées pour les femmes qui allaitent et égalité hommes/femmes en politique.

Aux Etats-Unis, selon le programme « Healthy People », plus de 22 % des enfants nés en 2006 étaient allaités à 12 mois. Les disparités sont importantes selon l'ethnie (16 % chez les femmes de couleur noire) ou selon le niveau d'études (près de 43 % chez les mères diplômées). Ce chiffre est en constante augmentation depuis 2000, où il s'élevait à 16 %. L'objectif national pour 2020 est fixé à 34,1 %.



Tiré de : Ministère de la santé américain, 2011

Ainsi, il existe, dans les pays industrialisés des statistiques concernant l'allaitement exclusif et l'allaitement jusqu'à 12 mois mais malheureusement pas pour l'allaitement au-delà de 12 mois. La prévalence de l'allaitement à 10-12 mois y est très faible en-dehors de quelques exceptions.
Il faut également souligner que ces chiffres sous-estiment peut-être la réalité, car un grand nombre de femmes cachent leur allaitement à partir d'un certain âge de l'enfant à leur entourage et aux professionnels de santé (Sinnott, 2011).

Quant à l'évolution de la durée d'allaitement ces dernières années, il est difficile de se prononcer en raison du manque de chiffres, hormis dans quelques pays comme les États-Unis, où la tendance est à la hausse.
Selon des sources non officielles, nous pouvons supposer qu'il s'agit d'une pratique globalement en augmentation dans les pays industrialisés (Ibid., 2011).

La durée d'allaitement a-t-elle toujours été similaire dans l'Histoire des pays industrialisés ?

C. Histoire de l'allaitement

Il nous semble important ici de retracer brièvement la place tenue par l'allaitement dans le passé. En effet, comme pour tout phénomène de société, l'étude du passé nous permet de mieux comprendre le présent.
Chez les humains, contrairement aux autres mammifères, l'allaitement n'est pas un processus exclusivement biologique, c'est également une pratique socio-culturelle.

Avant d'analyser plus en détail l'histoire de l'allaitement du XIXème siècle à nos jours, il est intéressant de remarquer, grâce à la synthèse d'études traitant de l'alimentation de l'enfant dans des populations anciennes (Préhistoire, Antiquité, et Moyen-Age), que la consommation de lait maternel diminuait entre 6 mois et 2 ans et durait jusqu'à 3-4 ans (Herrscher, 2013). Jusqu'à la révolution industrielle, les habitudes alimentaires de l'enfant ont peu varié, et la survie des hommes était liée à l'allaitement, qu'il provienne de la mère ou d'une nourrice (Diez Castilho & de Azevedo Barros Filho, 2010). L'allaitement long a toujours été la norme, depuis l'Antiquité jusqu'à la période préindustrielle. Même au XXème siècle, avec l'arrivée du lait industriel, en raison de son coût prohibitif, les femmes des familles pauvres continuaient à allaiter longtemps, en particulier dans les communautés rurales (Sinnott, 2011).

1. Révolution industrielle et allaitement

Après la révolution industrielle, les hôpitaux, chargés de la recherche médicale, travaillent activement à la possibilité de nourrir les enfants avec des laits animaux. En quelques décennies, de grands progrès vont permettre l'utilisation du lait de vache pour alimenter les nourrissons. Dès 1864, la pasteurisation des laits permet un moindre risque infectieux des laits animaux (Thirion, 2010).
L'allaitement artificiel offre aux médecins de nouveaux moyens d'investigation leur permettant de diriger les mères. Lorsque l'aliment lacté passait directement du corps de la femme à celui de l'enfant, l'observation scientifique était presque impossible. Grâce au biberon, les médecins peuvent étudier la quantité et la qualité de lait dont un enfant a besoin aux différents âges, ainsi que la répartition des repas dans la journée. A la lumière de leurs découvertes, ils énoncent des règles péremptoires (ne pas mettre le bébé au sein dès qu'il pleure, ne pas donner plus de 6 tétées par jour, limiter chacune à 15 minutes, espacer régulièrement les tétées, et la nuit 6 à 8 heures de repos complet) (Knibielher, 2002).
Ces nouvelles données sont enseignées dans les facultés de médecine et les écoles de sages-femmes et d'infirmiers. Alors que la conduite des allaitements au sein, transmise de femme à femme, n'avait jamais fait l'objet d'un enseignement officiel, celle des allaitements au biberon est soigneusement décrite. Didierjean-Jouveau, dans son article sur l'histoire de l'allaitement au XXème siècle, décrit cette période comme le triomphe d'une puériculture « scientifique » où tout est affaire de règles et de mesures édictées par

les professionnels et que doivent suivre les mères si elles veulent être de « bonnes mères ».
L'introduction précoce et inappropriée de lait artificiel dans l'alimentation de l'enfant au XIXème siècle, dans les sociétés industrialisées, était la première cause de décès infantile. C'est dans ce contexte que s'est développée la pédiatrie en tant que spécialité médicale (Piovanetti, 2001).
D'autre part, au début du XIXème siècle, certains médecins cherchent à identifier dans quelles circonstances le lait maternel peut se gâter et devenir nocif pour l'enfant. Ils pensent que la mère doit éviter d'allaiter si elle est fatiguée, nerveuse ou sous l'effet d'émotions fortes telles que la peur, la colère, le chagrin ou les relations sexuelles passionnées. Le retour de couche ou une nouvelle grossesse contre-indiquait aussi l'allaitement. En France, le Traité de l'allaitement et de l'alimentation du premier âge, rédigé par le docteur Budin, édité en 1898 et réédité en 1902 et 1930, soutenu par de nombreux médecins jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, est le plus complet en matière de contre-indications à l'allaitement. En Suisse, le docteur Ebel insinuait même que l'allaitement était un facteur de risque du cancer du sein (Fine, 1994).
Les convictions de ces médecins sont renforcées par l'essor, majeur à cette époque, de l'industrie agro-alimentaire (Ibid., 1994).
Après la Seconde Guerre mondiale, la qualité des laits artificiels s'améliorant, l'industrie du lait commence une promotion « perverse » des substituts du lait maternel (Diez Castilho & de Azevedo Barros Filho, 2010).
Ainsi, les intérêts commerciaux des firmes de l'industrie agro-alimentaire, l'amélioration de la qualité des laits de substitution, et les conseils de la médecine moderne ont mené au déclin de l'allaitement au cours du XXème siècle. Aux Etats-Unis, la prévalence de l'allaitement à la sortie de la maternité a atteint son taux le plus bas en 1972 : seulement 22 % des nouveau-nés étaient allaités (Diez Castilho & de Azevedo Barros Filho, 2010).

2. Le retour de l'allaitement au XXème siècle

La seconde moitié du XXème siècle est marquée par la rapide évolution du statut des femmes, leur émancipation progressive et leur accès à plus de connaissance et de marge de décision. Les femmes les plus dynamiques ne vont plus supporter les discours des soignants qu'elles jugent obsolètes. Elles obtiennent des soignants une remise en cause de leurs habitudes et de leurs pratiques. Elles organisent des associations de soutien à l'allaitement, proposent des permanences téléphoniques et des réunions auxquelles sont conviées les jeunes mères (Thirion, 2010).
La Leche League, une association de soutien à l'allaitement, est fondée en 1956 par des mères de famille de la banlieue de Chicago, aux Etats-Unis. Son objectif est d'informer et de soutenir les femmes qui désirent allaiter leurs enfants à travers une aide personnelle de mère à mère. Les groupes de soutien s'organisent d'abord localement grâce à des mères bénévoles, les animatrices, qui ont une histoire réussie d'allaitement. La croissance de La Leche League est rapide, aux Etats-Unis, environ 3000 groupes sont répertoriés en 1976. En 1964, elle devient internationale (Sandre-Pereira, 2005).
Les mères se retrouvent, paradoxalement, celles qui forment les soignants. Les soignants découvrent toute une partie ignorée de leur pratique. On voit, par exemple, apparaître dans les cours de préparation à la naissance, des séances d'informations sur l'allaitement.

Dans le monde entier, la recherche médicale progresse sur l'allaitement et les publications scientifiques se multiplient. S'appuyant sur des recherches scientifiques, l'OMS et l'UNICEF lancent en 1991 une vaste action mondiale pour faire évoluer les pratiques et favoriser l'allaitement. Celle-ci inclut principalement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990), ainsi que l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » (1991).
Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de 1981 contient des restrictions à la commercialisation des substituts du lait maternel, telles que les préparations pour nourrissons. Il interdit, par exemple, aux fabricants de substituts du lait maternel de distribuer des cadeaux ou objets promotionnels auprès des mères et femmes enceintes (OMS, 1981).
Ainsi, des efforts continuent aujourd'hui d'être déployés sur le plan politique pour rétablir la place que mérite l'allaitement.

L'allaitement a été mis à mal au XXème siècle dans les pays industrialisés. Le sevrage précoce y est devenu la norme culturelle. Qu'en est-il ailleurs, dans les pays non industrialisés ? Est-il possible d'établir une norme biologique de durée d'allaitement ?

D. Perspectives anthropologiques

Lorenz, père de l'éthologie moderne, disait que lorsqu'un comportement était observé dans toutes les civilisations, on pouvait le considérer comme transmis héréditairement d'une génération à l'autre, et comme faisant partie du patrimoine de l'espèce humaine. L'allaitement est une pratique qui s'inscrit dans ce patrimoine. Selon Roques (1999), tout travail sur l'allaitement demande donc de s'interroger sur cette dimension anthropologique, en comparant les pratiques de différentes sociétés.

1. Durée de l'allaitement et « sociétés traditionnelles »

Selon Dettwyler, anthropologue, les « sociétés traditionnelles » sont des sociétés de petite taille, organisées politiquement en bande ou tribu, et qui reposent souvent sur des moyens technologiques simples (pas d'électricité, pas d'eau courante par exemple). Elles s'opposent aux sociétés « modernes », « occidentales » ou « industrialisées ». Dans la plupart des « sociétés traditionnelles », le sevrage a lieu entre 2 et 4 ans. Dans certaines cultures, le sevrage peut même être plus tardif. Par exemple, à Hawaï, les enfants sont en général allaités cinq ans. Les Inuits, pour leur part, allaitent sept ans ou plus.
L'étude de Ford de 1964 sur la durée de l'allaitement dans 64 sociétés traditionnelles montre que le sevrage est souvent effectué entre 2,5 ans et 3 ans, avec une moyenne de 35 mois (Dettwyler, 1995).

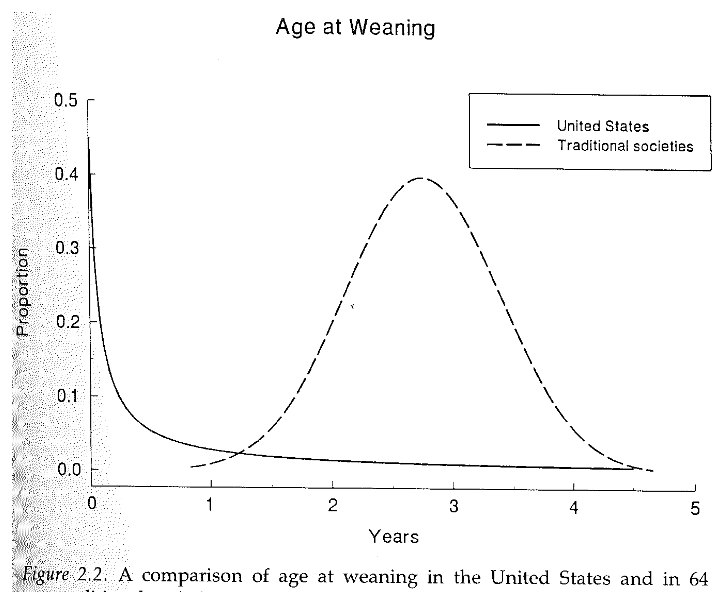


Figure 2.2. A comparison of age at weaning in the United States and in 64 traditional societies.

Tiré de : Dettwiller, 1995, p. 59

2. Durée de l'allaitement dans les pays en développement

Contrairement aux pays industrialisés, il est possible pour les pays en développement[1] de trouver des taux de prévalence de l'allaitement jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant, à travers les statistiques mises à disposition par l'UNICEF en 2014.
Globalement, dans les pays en développement, 74 % des enfants sont allaités à l'âge d'un an, et 49 % à l'âge de deux ans.
Les taux d'allaitement prolongé les plus élevés se retrouvent en Asie du Sud (87 % à un an, 75 % à deux ans) et dans le Sud et l'Est de l'Afrique (91 % à un an, 62 % à deux ans).
Les taux les plus bas d'allaitement prolongé se retrouvent dans les régions d'Asie de l'Est et du Pacifique (49 % à un an, 21 % à deux ans), ainsi que dans les pays d'Europe centrale et orientale (56 % à un an, 25 % à deux ans).

Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux des pays industrialisés. Il est intéressant de noter que le taux d'allaitement prolongé le plus bas des régions en développement reste supérieur au taux de la Norvège, pourtant considérée comme le pays industrialisé où l'allaitement dure le plus longtemps.

Le témoignage d'une femme canadienne vivant en Mongolie nous fournit un exemple de culture où l'allaitement prolongé est non seulement accepté, mais valorisé par la société. En Mongolie, selon l'UNICEF (2005), 65 % des enfants sont allaités à l'âge de deux ans. Les femmes mongoles pratiquent couramment le sevrage naturel[2] mené par l'enfant donc jusqu'à des âges de 5, 6, 7 ans, voire plus. Les femmes allaitant leurs grands enfants en public sont félicitées et encouragées par les passants. De plus, il n'existe pas de tabou

[1] Pour ce travail, nous utilisons indifféremment les termes « pays en développement » ou « pays non industrialisés ».
[2] Consiste à allaiter son enfant autant de temps qu'il le souhaite. Il s'oppose au sevrage décidé par la mère.

autour du partage du sein ou du partage du lait de femme. Le lait de femme est reconnu pour ses propriétés médicinales, et prisé de tous. Il est consommé notamment par les malades ou les personnes âgées (Kamnitzer, 2009).

Il serait intéressant de savoir si les femmes originaires de pays en développement, immigrantes en Suisse, maintiennent un allaitement long comme dans leur culture, ou si elles pratiquent le sevrage précoce, influencées par la culture du pays d'accueil.

3. Détermination d'un âge « biologique » de sevrage

Dettwyler (1995) souligne que l'allaitement, comme toute autre activité humaine étudiée d'un point de vue anthropologique, est à la fois un processus biologique et une activité fortement culturelle. En tant que processus biologique, il est fermement lié à nos ancêtres mammifères et il est primordial pour la survie de l'espèce. En tant qu'activité culturelle, il est influencé par de nombreuses croyances, autour de la santé et de la nutrition de l'enfant, de la relation mère/enfant et du couple, mais aussi par la religion et le quotidien de la mère (travail, activité, etc.).

Selon la classification biologique des espèces, l'homme fait partie de la classe des mammifères, de l'ordre des primates et du groupe des « grands singes » ou « Hominoïdes » avec cinq autres singes : gibbon, orang-outan, gorille, chimpanzé, bonobo. Il partage 98 % de son matériel génétique avec le gorille et le chimpanzé. Il est raisonnable de supposer que nos ancêtres hominidés avaient les mêmes habitudes d'allaitement et de sevrage que les grands singes d'aujourd'hui, avant de s'en éloigner sous l'influence de divers impacts culturels.
Il existe de nombreuses et grandes différences entre ces cinq espèces, dans l'architecture des groupes sociaux, les relations entre individus, les modes de vie, etc. Par contre, une très grande similitude a été observée dans le comportement maternel. Ainsi, allaiter, protéger et sécuriser, sont les bases d'une relation mère/bébé universelle chez les grands singes, de même que chez tous les mammifères.

Dettwyler s'est ainsi demandée à quoi ressemblerait l'allaitement humain si sa pratique n'avait pas été modifiée par nos croyances. Elle a étudié la corrélation entre durée d'allaitement et plusieurs facteurs chez les différentes espèces de primates, afin de pouvoir en déduire un âge « naturel » de sevrage chez l'Homme. Ces différents facteurs sont la durée de gestation, l'apparition des molaires définitives, le poids de naissance et la taille adulte.
Dettwyler conclut qu'en appliquant à l'homme ces critères, on aboutit à une durée d'allaitement « naturel » qui s'étend de 2,5 à 7 ans.

Roques (1999) souligne que la diversité physiologique et culturelle de notre espèce, résultant d'une grande variété d'environnements (climat, végétation, alimentation etc.) et de cultures, rend difficile l'estimation d'un âge de sevrage naturel commun à toute l'humanité.
A travers ses travaux, Dettwyller démontre malgré tout aux détracteurs de l'allaitement prolongé qu'il n'y a rien d'anormal, d'un point de vue biologique, à allaiter un enfant de 2, 3 … ou 7 ans.

E. Bénéfices de l’allaitement prolongé

Dans une étude sur des mères australiennes allaitant des enfants de 2 ans et plus, les enfants interrogés ont presque tous dit qu’ils tétaient parce qu’ils aimaient le lait de leur mère, que ça les rendait heureux et que ça leur faisait du bien. Certains ont dit que c’était « aussi bon que le chocolat », voire « meilleur que la crème glacée » (Gribble, 2005). La notion de plaisir, ici, est mise en avant par les principaux intéressés, les enfants.

1. Bénéfices physiques pour l’enfant

Les bénéfices de l’allaitement, indiscutables pour la santé du nourrisson, restent peu étudiés dans la littérature scientifique, lorsque l’allaitement est pratiqué au-delà d’une année. La plupart des études sur l’allaitement au long cours ont été conduites dans les pays en développement (Sinnott, 2011).
Ces études démontrent que l’allaitement favorise la santé, la croissance et le développement des nouveau-nés, mais aussi ceux des enfants plus grands.
Le lait humain est le plus nutritif et le plus approprié pour le bébé et le jeune enfant. Il le protège contre les infections, l’aide à guérir lorsqu’il souffre d’une infection et favorise un bon développement de son organisme (Obihara, 2005).

L’apport calorique du lait maternel dans le régime alimentaire d’un enfant de 2 ans est loin d’être négligeable. Il peut fournir la moitié ou plus des besoins énergétiques de l’enfant entre 6 et 12 mois et le tiers de ses besoins entre 12 et 24 mois (OMS, 2001).

Il fournit aux enfants allaités des facteurs immunologiques, présents dans le lait maternel (indisponibles autrement). Lorsque l’enfant grandit et tète moins, la concentration de ces facteurs immunologiques augmente dans le lait maternel, afin qu’il en reçoive la même quantité (Goldman, Goldblum & Garza, 1983).

Plusieurs études montrent que l’allaitement apporte une protection certaine à l’enfant contre les maladies diarrhéiques et celles de la sphère ORL, et ce tant qu’il dure (Didierjean-jouveau, 2009).
Les effets de l’allaitement sont dose-dépendants. Pour certaines affections, la protection à long terme est d’autant plus importante que l’allaitement a duré longtemps. Pour d’autres, la protection n’apparaît que s’il a duré un minimum de temps. Il existe aussi un lien entre un allaitement prolongé et une incidence moindre d’allergies (Obihara, 2005).
Le lait maternel contient aussi certains nutriments qui favorisent la croissance et la maturation de différents tissus, notamment du tube digestif et joue un rôle dans la diminution du risque d’allergies futures et en particulier d’allergies alimentaires (Lighezzolo, Boubou, Souillot & Tychey, 2005).
D’autre part, des acides gras essentiels présents dans le lait maternel, non synthétisés par l’organisme et absents dans les autres types de lait sont nécessaires au bon développement du cerveau et des yeux. Ces acides gras essentiels sont présents dans le lait maternel quel que soit l’âge de l’allaitement (Ibid., 2005).

Continuer d’allaiter son enfant pendant une période « plus longue » n’est pas seulement bon pour la santé de son enfant, mais également pour la santé de l’adulte qu’il deviendra.

En 2005, des chercheurs allemands ont montré, dans une méta-analyse, que chaque mois d'allaitement (les données portent jusqu'à 9 mois d'allaitement), réduit le risque d'obésité de 4 % (Harder, Bergmann, Kallischnigg & Plagemann, 2005).

Il a aussi été démontré que les enfants allaités entre 12 et 18 mois ont de meilleurs résultats cognitifs que ceux allaités moins de 6 mois. Un risque augmenté de difficultés émotionnelles et comportementales associé à un sevrage précoce a également été démontré (Daniels & Adair, 2005).

2. Bénéfices physiques pour la mère

La santé des mères est aussi améliorée par la durée de l'allaitement. Il diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, du diabète de type 2 et de la dépression du post-partum (Turck et al, 2013).

Le risque de développer un cancer du sein diminue significativement avec la durée de l'allaitement cumulé sur toute la vie. Il est diminué de moitié chez les femmes qui allaitent au sein sur une durée minimum de six mois (Bartick et al, 2013). Selon la conclusion d'une méta-analyse de 47 études épidémiologiques réalisées dans 30 pays, l'absence d'allaitement ou l'allaitement « court » qui sont la norme dans la plupart des pays occidentaux contribuent de manière significative à l'incidence élevée du cancer du sein dans ces pays (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

Le risque de développer un cancer de l'ovaire avant la ménopause est diminué de 25 % chez les femmes qui allaitent au sein sur une durée de 6 mois minimum (Stuebe & al, 2005).

Le risque d'apparition de diabète de type 2 diminuerait de 15 % pour chaque période de 12 mois d'allaitement (Stuebe et al, 2005).

L'incidence de fracture de la hanche, d'hypertension et d'infarctus est diminuée chez les femmes ayant allaité chacun de leur enfant un an et plus (Bartick et al, 2013).

Le risque d'être atteinte d'endométriose diminue proportionnellement à la durée totale d'allaitement (Lighezzolo, Boubou, Souillot & Tychey, 2005).

D'autre part, l'allaitement joue un rôle protecteur sur la santé mentale de la mère, en prévenant les risques de dépression, en lui apportant un sommeil de meilleure qualité, et en l'aidant à surmonter les difficultés (Kendall-Tackett, 2007, 2015).

3. Bénéfices psycho-affectifs pour la mère et l'enfant

« L'allaitement maternel est à l'origine d'un lien intime et émotionnel spécial entre la mère et son enfant, au moins aussi important, si ce n'est davantage, que sa valeur nutritionnelle. » (Newman, 2005)
L'importance de la proximité physique entre le jeune enfant et les adultes qui le prennent en charge est, aujourd'hui, largement reconnue comme la base de la sécurité psychique.

L’allaitement prolongé, avec la proximité corporelle qu’il crée entre un enfant et sa mère, peut être considéré comme l’un des garants de cette sécurité (Thirion & Piloti, 2011).

Une revue de la littérature de 2002 montre que l’allaitement peut bénéficier à la mère et à l’enfant dans leur relation, car la mère qui allaite reporte un niveau de stress plus faible, moins d’humeur négative et un niveau plus élevé d’attachement maternel. Les mêmes mamans percevaient aussi leur enfant comme leur procurant plus de renforcement positif que les mères qui nourrissent leur enfant au biberon (Mezzacappa & Katlin, 2002).

Les hormones liées à l’allaitement et au maternage, telles que la prolactine et l’ocytocine (fortement présentes dans le corps de la mère qui allaite), aident à rendre les soins à l’enfant plaisant et agréable, permettant à la mère d’être plus détendue et plus patiente (Leckam & al, 2006). Ceci réduirait le risque que la mère se sente dépassée et énervée par les exigences de l’enfant, et développerait une plus grande disponibilité et proximité à l’enfant (Deprez, 2015).
Une étude de Turck et al (2013) arrive aux mêmes conclusions sur l’impact positif de l’allaitement. Les auteurs expliquent que les hormones de la lactation ont des effets sur le comportement maternel, et que l’allaitement joue un rôle facilitateur dans la constitution du lien mère/enfant. L’allaitement diminuerait la réponse de la mère au stress, et augmenterait son bien-être et son estime de soi.

Un autre auteur souligne que l’enfant allaité aussi baigne dans ce bain d’hormones et que cela peut avoir un impact sur son comportement (enfant plus calme, répondant mieux aux stimuli de son environnement, etc.) (Deprez, 2015).

Une étude de Fergusso et Woodward (1999) établit un lien positif entre durée d’allaitement et ajustement psychosocial à l’adolescence. Une longue durée d’allaitement est corrélée à une diminution de l’incidence de maltraitance infantile, ainsi qu’à une meilleure relation avec ses parents à l’adolescence. La perception de l’adolescent sur les soins de maternage qu’il a reçu étant enfant serait d’autant plus positive que l’allaitement a duré longtemps. L’allaitement long favoriserait donc une relation parents/enfant de meilleure qualité.

Une étude menée sur quinze ans par Strathearn et al. (2009) conclut également que parmi d’autres facteurs, l’allaitement peut être un facteur protecteur de mauvais traitements à l’enfant perpétrés par la mère, et ce, particulièrement contre la négligence.

L’acte de mettre son bébé au sein est à chaque fois la réaffirmation d’un lien spécial entre la mère et son enfant. Les enfants plus âgés obtiennent consolation, réconfort et sécurité lorsqu’ils sont au sein. Lorsqu’ils se font mal, ils se tournent vers le sein pour se consoler, lorsqu’ils ont peur, ils vont se rassurer en tétant, quand il y a de l’agitation dans la vie de famille, ils trouvent la sécurité au sein (Herzog Evans, 2013).

4. Impacts économique et écologique de l'allaitement prolongé

a. *Impact sur les dépenses de santé*

L'allaitement inclut des économies en terme de consultations médicales, de médicaments et d'hospitalisations. Par exemple, une compagnie d'assurance de Boston (Etats-Unis) rembourse la location du tire-lait car elle a calculé que l'économie sur les frais médicaux engendrés par la poursuite de l'allaitement compense largement le coût de la location du tire-lait (Didierjean-Jouveau, 2009).

Par ailleurs, au Royaume-Uni, une analyse de l'efficacité d'un programme de soutien à l'allaitement à destination des populations en difficulté des quartiers de Sheffield, publiée en 2007, estimait que l'économie en dépenses de santé relatives à la réduction de l'incidence de diarrhées aiguës, d'otites et d'infections respiratoires au cours de la première année de vie était de l'ordre de 300 £ en cas d'allaitement (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007).

Aux Etats-Unis, une évaluation des dépenses de santé considérait les seuls coûts relatifs au traitement des cas de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et de maladies respiratoires touchant les enfants au cours de la première année de vie et estimait que le surcoût pouvait atteindre jusqu'à 475 dollars par enfant non allaité (Ball et al., 1999).

Une étude des services économiques du ministère de l'agriculture américain, publiée en 2001, considérant les coûts directs relatifs au traitement des seuls cas de diarrhées aiguës, d'otites et d'entérocolites, concluait qu'il serait possible de réduire les dépenses de santé de 3,6 milliards de dollars par an si les taux d'allaitement étaient de 75 % à la maternité (contre 64 % en pratique) et de 50 % à 6 mois (contre 29 %) (Turck, 2010).

Ces différents exemples tirés de la littérature scientifique internationale mettent en lumière que l'absence d'allaitement est associée à un risque plus élevé de morbidité infantile et maternelle, donc, les stratégies visant à augmenter le taux d'initiation et la durée de l'allaitement ont un impact favorable sur la santé publique et génèrent des économies significatives pour le système de santé.

b. *Impact économique pour les familles*

L'absence d'allaitement est également un facteur d'appauvrissement des familles, en particulier pour les familles les plus vulnérables sur le plan socio-économique, du fait des surcoûts inhérents à la fois à l'achat du lait artificiel (la part du coût relatif à l'alimentation au biberon peut représenter jusqu'à 14 % du revenu familial pour une mère vivant seule recevant le revenu minimal d'insertion) et aux dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non allaitement (Turck, 2010).

Le surcoût lié à l'alimentation au lait artificiel est estimé à 500 € pour un nourrisson pendant les six premiers mois. Ceci est d'autant plus significatif que la prévalence de l'allaitement est particulièrement faible dans les populations défavorisées (Turck, 2010).

c. *Impact économique pour les employeurs*

Le système de santé, les employeurs et les familles font des économies en soutenant activement l'allaitement. Des auditions ont mis en évidence la méconnaissance fréquente des avantages de l'allaitement par les employeurs publics ou privés, justifiant une campagne d'information afin d'attirer leur attention sur ce problème, appliquer les mesures prévues par la législation en vigueur, et soutenir les femmes qui souhaitent continuer à allaiter et à travailler (Turck, 2010).

Une étude américaine publiée en 1995 souligne les effets indirects de l'allaitement poursuivi après la reprise du travail. Les enfants allaités étaient quatre fois plus souvent indemnes de pathologies infectieuses (otites, infections respiratoires, diarrhées aiguës) pendant la première année de vie que les enfants non allaités. Deux tiers des absences maternelles survenaient chez des enfants non allaités, et les absences d'une durée d'une journée étaient significativement plus fréquentes chez ces enfants (26 %) que chez les enfants allaités (11 %) (Cohen, 1995).

Selon une étude américaine, l'absentéisme maternel en raison de maladie de l'enfant était 2,7 fois plus élevé lorsque l'enfant n'était plus allaité que lorsqu'il l'était toujours (Cohen & Mrtek, 1995). Lorsque la Compagnie Générale de l'Eau et de l'Electricité de Los Angeles a mis en place un programme d'aide à l'allaitement pour ses employées, elle a constaté une baisse de 27 % de l'absentéisme maternel et une diminution de 35 % des dépenses de santé pour les enfants.

d. *Impact écologique*

L'alimentation de l'enfant au sein a des bienfaits écologiques. En effet, elle épargne des dépenses de combustibles : l'eau minérale pour les biberons, l'eau courante pour les laver, l'électricité ou le gaz pour les chauffer, le fer, le plastique et le papier pour la fabrication des boîtes de lait, sans parler de l'énergie nécessaire pour transformer le lait de vache en lait de substitution (Bitoun, 1994).

Dans ce contexte, on peut considérer que les femmes qui pratiquent l'allaitement prolongé sont des consommatrices responsables (Pasche Guignard, 2015). En effet, quoi de plus local, écologique et économique que le lait maternel ?

« Le lait de femme allie trois qualités idéalement recherchées ailleurs : le prix de revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante ». (Royer, cité par Bruyn, 2013)

F. Arguments en défaveur de l'allaitement prolongé

1. Santé physique

Selon les sources les plus récentes, aucun risque physique chez les enfants allaités au-delà de 2 à 3 ans n'a été reporté par la littérature scientifique. Aucun lien n'a été démontré entre allaitement prolongé et malnutrition dans les pays en voie de

développement. Enfin, aucun lien avec une péjoration de la santé buccale (développement de caries) n'a été mis en évidence (Association espagnole de pédiatrie, 2015).
D'autre part, si la mère le souhaite, il n'y a aucun risque à poursuivre l'allaitement pendant une grossesse, à l'exception de pathologies particulières comme la menace d'accouchement prématuré (Cetin et al., 2013).
Concernant le co-allaitement, qui correspond à la poursuite de l'allaitement d'un enfant après la naissance de l'enfant suivant, et ce pendant une durée plus ou moins longue, le principal problème est la surcharge maternelle face aux demandes des deux enfants, et les sentiments ressentis par la mère en allaitant le plus âgé (Bryant, 2012).

2. Théories psychanalytiques

L'allaitement prolongé continue aujourd'hui de soulever de nombreuses controverses parmi les psychologues et les psychiatres. En effet, selon certains psychanalystes, l'allaitement doit être de courte durée, la dé-fusion précoce de la mère et de l'enfant étant une priorité (par un tiers séparateur, en général le père), sous peine de troubler le développement de l'enfant. L'allaitement, lorsqu'il dure, est alors perçu, comme une difficulté dans le processus d'autonomisation de l'enfant (Soulé & Blin, 2003).
Nous allons expliciter ici les différents arguments énoncés en défaveur de l'allaitement prolongé.

a. Séparation impossible

Bernard Brusset, professeur en pédo-psychiatrie, s'interroge sur l'allaitement long. Peut-il mettre en danger une nécessaire « défusion » mère-enfant ? Serait-il une façon pour la mère de continuer à s'illusionner sur le fait de ne faire qu'un avec son enfant (Brusset, 2003, cité par Thirion et Piloti, 2011) ?
L'allaitement est considéré, ici, comme un prolongement physique entre la mère et l'enfant avant de pouvoir s'en détacher.

Dublineau et Roman, professeurs en psychologie, expliquent que l'allaitement prolongé, en faisant perdurer un lien proximal entre le corps de l'enfant et le corps de la mère est le témoin d'une séparation impossible à élaborer par les deux partenaires (Dublineau et Roman, 2004).
Il contribuerait au maintien de la fusion mère-enfant et prolongerait le vécu de la symbiose de la grossesse en répondant à un besoin inconscient de maintenir le corps à corps afin de se mettre à l'abri d'une angoisse de séparation. Il aurait alors un impact négatif sur la relation mère-enfant et pèserait sur la socialisation de l'enfant (Lighezzolo-Alnot, Boubou, Souillot & de Tychet, 2005).

Le père aurait pour fonction de séparer l'enfant de sa mère et cette fonction ne pourrait être mise en œuvre que si le père de l'enfant demeure l'objet du désir maternel et conserve sa valeur « d'attracteur génital ». Or, la prolongation de l'allaitement pourrait devenir synonyme de l'exclusion paternelle et traduire le maintien d'un lien « trop » serré entre la mère et son enfant (Lighezzolo-Alnot, Boubou, Souillot & de Tychet, 2005).

Dublineau et Roman (2004) soutiennent le même argument, « la fonction paternelle de séparation dans la construction de l'individuation du bébé, passera par la possibilité de se détacher du sein maternel ».

b. Dépendance et diminution de l'autonomie

Comme nous l'avons vu en introduction, l'accès à l'autonomie de l'enfant allaité de façon prolongée est souvent remis en cause par les détracteurs de cette pratique.
Certains auteurs énoncent ce problème, « le maintien durable d'une dépendance risque d'entraver de manière conséquente l'individuation et l'autonomisation future de l'enfant » (Lighezzolo-Alnot, Boubou, Souillot & de Tychet, 2005).
Les mêmes auteurs (2005) soutiennent que « le langage du corps à corps », induit un plaisir trop présent pour permettre à la mère d'initier l'enfant au plaisir à distance d'elle.

Herzog Evans (2013) explique pour sa part que l'autonomie est certes un objectif ultime à atteindre ; toutefois, il ne peut l'être que si « la sécurisation primitive » a pu être réalisée. Elle ajoute que celle-ci ne peut être obtenue que par un maternage proximal et prolongé durant ces années cruciales autant que fragiles, de construction cérébrale et affective.

c. Frein au développement du langage

L'allaitement serait un frein à la construction de l'espace imaginaire de l'enfant ainsi qu'à son développement langagier.
Dolto (1998) soutient que le type d'échange entre la mère et son enfant sera moins développé si la mère privilégie le corps à corps et les plaisirs associés au contact tactile (toucher, caresser, embrasser le bébé). Continuer à lui donner son sein au lieu de lui parler ne permettrait pas de « castrer la langue du téton ». Elle déclare qu'il faut sevrer l'enfant pour qu'il accède à la parole.
En renonçant au sein et au lait, le bébé renoncerait à un état de fusion avec sa mère. Avec la distance et la libération de la bouche, il acquerrait la possibilité de parler (Liaudet, 1998).
D'autres psychanalystes, à la suite de Dolto, soutiennent des arguments similaires. Les échanges langagiers vont permettre « la sortie d'une phase fusionnelle avec l'enfant » (Candilis, 1985) ou « le passage de la bouche pleine de sein à la bouche pleine de mots qui s'effectue au travers d'expériences de bouche vide » (Abraham & Torok, 1978).

d. Valeurs érotique et nourricière du sein

Un autre argument, fréquemment retrouvé dans le discours en défaveur de l'allaitement qui dure est celui d'une conciliation impossible entre le sein à valeur érotique et le sein à valeur nourricière (Parat, 2003). Le docteur américain en neurobiologie, Young (1990), dit des seins, qu'ils représentent un dilemme pour la société patriarcale, étant donné qu'ils troublent l'équilibre entre la maternité et la sexualité.
Comment s'effectue le partage entre sein de femme érotique et sein de mère nourricier ? Entre le rôle de mère et celui de femme ? L'idée qu'une femme, allaitant, puisse être également une amante est largement combattue et refoulée, remplacée par l'image d'un

amour pur, asexué et exclusif. Dans ce contexte culturel, l'allaitement peut en lui-même être un frein pour le père à vouloir retrouver l'amante (Thirion & Piloti, 2011).
Le professeur en psychologie Aubert-Godart (1999) ajoute que les deux fonctions, mère et femme, se trouvent réunies sur le sein, ce qui peut devenir source de confusion et de trouble.

e. Lien incestueux

Peut-il exister dans l'allaitement un lien incestueux ?
La question de l'inceste, largement évoquée par les détracteurs de l'allaitement prolongé, rejoint celle du plaisir de la mère lors de l'allaitement. Dans la société occidentale, le plaisir sensuel de l'allaitement a été réprimé (Sichtermann, 1986). Il y a pourtant, là, une confusion entre une stimulation physique et la signification qu'on lui donne.
Une autre origine du lien établi entre allaitement et inceste, est celle retrouvée dans les représentations des fluides corporels. En effet, le sang, le lait, le sperme ont en commun d'être de ces fluides, ce qui pourrait accentuer et conforter la valeur incestueuse de l'allaitement dans les représentations.
Dans ce contexte, le sexe de l'enfant joue un rôle dans le plaisir à allaiter, ou au contraire la répugnance qu'on a à le faire. L'inceste semblerait être beaucoup plus souvent évoqué lorsque l'enfant est un garçon, comme si une mère ne pouvait pas entretenir de relation incestueuse avec sa fille (Thirion & Piloti, 2011). C'est, sans aucun doute, l'aspect hétérosexuel de la relation mère-garçon qui fait que l'on s'inquiète plus pour les petits garçons allaités longtemps.

Aucun risque physique n'a été mis en évidence concernant l'allaitement prolongé. Par ailleurs, les théories précitées en défaveur de cette pratique ne s'appuient pas sur l'évidence scientifique. Cependant, nous avons pris le parti pour ce travail d'en tenir compte, car ces idées restent couramment véhiculées dans nos sociétés industrialisées, et sont susceptibles d'avoir une certaine influence sur les représentations de la population.

G. L'allaitement prolongé, une pratique au cœur du maternage proximal

La pratique de l'allaitement prolongé dans les sociétés industrialisées est souvent associée à d'autres pratiques rassemblées autour du terme « maternage proximal » ou « attachment parenting » (Buckley, 1992).

1. Le maternage proximal

a. Fondements théoriques

La notion d' « attachment parenting » a été élaborée par le pédiatre Sears en 1992. Son ouvrage, « The Baby Book » (2013) contient les principes de cette approche.
Ses fondements théoriques reposent sur la théorie de l'attachement élaborée par Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais du XXème siècle.
Selon Bowlby, l'attachement est le lien spécifique qui relie une personne à l'enfant, et ceci dès la naissance. Il a pour fonction la protection, et donc la survie de l'enfant. Il soutient

que ce n'est que lorsque les besoins de proximité de l'enfant sont satisfaits qu'il pourra dans un deuxième temps s'éloigner de la figure qui le sécurise, pour « explorer le monde ». Ainsi, l'attachement développe la capacité de l'enfant et de l'adulte en devenir à créer des relations durables avec les autres (Bowlby, 1978).

b. *Définition et pratiques*

Le maternage proximal, traduction française de l'expression anglaise « attachment parenting » repose sur des comportements parentaux basés sur les besoins de l'enfant et sur l'encouragement des parents à suivre leur propre instinct. En pratique, cela se traduit par un allaitement prolongé et à la demande, le sevrage mené par l'enfant, le portage de l'enfant au plus près du corps et le sommeil partagé[1] (Sears, 1992).
Selon une étude américaine de 2008 réalisée auprès d'un échantillon de 275 mères qui pratiquent le maternage proximal, l'âge moyen du sevrage des enfants allaités est de 3 ans (entre 1 et 7,5 ans). 21 % des enfants sont allaités jusqu'au minimum 4 ans. Les mères les plus âgées, sont celles qui allaitent le plus longtemps. Elles pratiquent toutes l'allaitement à la demande et allaitent leur bébé dès qu'il a besoin de réconfort ou qu'il se plaint, la fréquence des tétées est donc beaucoup plus élevée que ce qui est habituellement recommandé dans les sociétés industrialisées (Green & Groves, 2008).
D'autre part, durant leur première année de vie, la plupart des enfants restent avec leur mère ; s'ils sont confiés à une tierce personne, il s'agit du père ou d'un membre de la famille proche. 79 % des femmes pratiquent le sommeil partagé encore aux six mois de l'enfant (Green & Groves, 2008).

Ce type de parentage n'est pas nouveau. A travers l'histoire et encore aujourd'hui dans la majorité des cultures « traditionnelles », les parents dorment avec leurs enfants, les nourrissent à la demande, au sein et les portent près du corps (Green & Groves, 2008).
Le maternage proximal se développe surtout depuis le début des années 2000 dans les pays industrialisés. La multiplication des sites internet, des forums d'échange et des blogs sur ces questions participent largement à cet essor (Didierjean-Jouveau, 2009).

c. *Bénéfices du maternage proximal*

Suite aux travaux de Bowlby (1958) sur la théorie de l'attachement, ce sujet a fait l'objet de nombreuses recherches et est aujourd'hui largement reconnu dans le milieu scientifique.
Il a été clairement démontré qu'un contact fréquent et une réponse adaptée aux besoins et demandes de l'enfant sont nécessaires au développement d'un attachement sécure[2]. Par exemple, il serait recommandé, pour favoriser ce type d'attachement, d'accompagner l'enfant dans son endormissement, de le bercer ou de l'allaiter, plutôt que de le laisser pleurer (Green & Groves, 2008). Les pleurs du bébé sont identifiés par Bowlby comme étant un comportement instinctif pour rechercher activement le contact.

---

[1] Pratique qui consiste à faire dormir l'enfant dans le même lit que les parents.
[2] Selon Bowlby (1958), les enfants sécures sont plus socialisables, plus extravertis, plus compétents pour explorer leur environnement et plus persistants dans leur tâche.

Nous avons vu que certains psychanalystes soutiennent l'idée selon laquelle l'allaitement, lorsqu'il dure « trop longtemps », entrave le processus d'autonomisation de l'enfant. Le pédiatre Newman intervient sur ce sujet, dans une conférence donnée lors de la journée internationale de l'allaitement en 2005. Il interroge « Est-ce que les enfants sont moins indépendants parce qu'ils ont reçu sécurité, réconfort et amour pendant leurs premières années ? » et répond, « Au contraire, s'ils se sont sentis aimés et en sécurité, ils seront indépendants, pas dépendants, parce qu'ils se sentiront en sécurité dans cette indépendance, et sauront qu'ils sont aimés inconditionnellement. » et précise, « Bien sûr, c'est possible d'utiliser l'allaitement maternel pour maintenir l'enfant dans une dépendance anormale, mais il est possible d'utiliser n'importe quoi pour maintenir une dépendance anormale ». Ses propos font écho à la théorie de l'attachement et à ses implications.

Commons et Miller (1998) confirment que les enfants dont les besoins sont comblés, pleurent moins et grandissent en étant moins dépendants des adultes qui s'en occupent.
Ces mêmes auteurs suggèrent que les cultures qui adoptent une pratique éducative basée sur un modèle de puériculture classique où l'enfant doit apprendre au plus vite à être indépendant émotionnellement de ses parents ont plus de risques que ses individus développent des troubles psychiques dans leur vie future car ces cultures ne soutiennent pas les enfants lors d'évènements stressants ou traumatisants.
D'autre part, selon une revue de littérature réalisée en 2010 par ces mêmes auteurs, l'évidence scientifique suggère que les fortes émotions négatives (peur, angoisse, détresse, colère etc.) vécues par l'enfant de manière chronique, entraînent un stress qui peut provoquer des dommages cérébraux irréversibles. Ces dommages peuvent causer des troubles du développement à long terme. Cette revue montre que le maternage proximal, pratiqué envers le nourrisson ou l'enfant plus âgé, peut considérablement réduire le stress de l'enfant, ce qui entraîne des bienfaits physiques et psychologiques. Il est démontré qu'un type de maternage consistant à répondre aux besoins de l'enfant diminue le risque de troubles mentaux à long terme (Commons et Miller, 2010).

2. Réflexion sur les pratiques de maternage dans les pays industrialisés

Les pratiques de maternage suivent les normes et croyances d'une culture dominante. Ces normes dépendent de l'environnement, du statut économique et des ressources locales, et ne correspondent pas forcément à un maternage « biologiquement » idéal pour les enfants (Green & Groves, 2008). Selon Small (1998), les pratiques parentales prédominantes dans les pays occidentaux ne seraient pas les meilleures ou les plus « naturelles » pour les enfants.
Comme nous l'avons déjà vu, ces pratiques se basent sur un modèle éducatif où les enfants doivent apprendre au plus vite à être indépendants émotionnellement de leurs parents. Ce modèle privilégie l'indépendance ou l'individualisme, en opposition à l'interdépendance ou le collectivisme. Ainsi, il valorise la séparation de l'enfant d'avec ses parents le jour comme la nuit. Concrètement, selon ce modèle éducatif, les enfants sont parfois laissés seuls lorsqu'ils pleurent pendant de longs moments, avant d'être consolés. Ils doivent s'endormir seuls et les tétées sont à heures fixes, empêchant un allaitement à la demande de l'enfant (Commons & Miller, 1998).

Le pédiatre Thirion (1995) consacre un chapitre entier dans un ouvrage - considéré comme une référence et souvent conseillé aux parents - au problème de « l'enfant qui ne s'endort pas seul et celui qui se réveille la nuit », et déclare que vers 6 mois, « Si l'enfant pleure, il est capital de ne pas intervenir, de le laisser retrouver seul son sommeil. […] Il doit absolument atteindre son endormissement lui-même ».

Dans son livre « L'art d'accommoder les bébés », Delaisi et Lallemand analysent cent ans de puériculture française, et mettent en lumière une certaine tendance à la rigidité dans les conseils fournis par les manuels de puériculture (Perrenoud, 2003).
Les normes éducatives et les pratiques parentales sont façonnées par les discours savants de la médecine et de la psychologie. Or ces affirmations sont souvent empruntes de beaucoup d'idéologie et manquent de rigueur scientifique (Neyrand, 2000).

3. Critiques féministes

Le féminisme égalitariste, basé sur la remise en cause radicale des déterminismes biologiques, considère le corps de la femme et ses capacités reproductives comme étant à l'origine de l'oppression des femmes.
Ce courant de pensée prétend, par exemple, que la défense de l'allaitement met en avant l'idée rétrograde de la nature reproductive « essentielle » de la femme et promeut une idée stéréotypée de la maternité qui transforme les femmes en martyres (Herzog Evans, 2013).
Dans un article intitulé « L'OMS, valeur ajoutée ? » paru dans « Chronique féministe », l'organe de l'Université de Bruxelles (1993), on lit que l'OMS fait « pression pour, moralement, obliger les mères à allaiter », ce qui est « une manœuvre pour un retour des femmes au foyer ».
Ceux qui conceptualisent l'allaitement comme une forme d'exploitation voient la femme comme un objet passif que l'enfant s'emploie à vider jusqu'à la dernière goutte alors que ceux qui voient l'allaitement comme un acte positif d'affirmation personnelle, voient la femme comme un agent actif qui contrôle sa propre vie (Van Esterik, 1994).
Etant donné que le pouvoir d'allaiter leurs petits caractérise toutes les femelles mammifères, la lactation en tant que fonction, sous-entend l'essentialisme et le déterminisme biologique. Pour les féministes égalitaristes qui situent l'oppression de la femme dans son corps et dans ses fonctions de reproduction, la lactation ne pourrait guère être examinée comme un pouvoir (Ibid., 1994).

D'autre part, selon Buskens (2001), les mères qui pratiquent le maternage proximal souffrent d'un double isolement : d'une part à cause de la séparation entre sphère publique et privée qui existe dans notre société occidentale et d'autre part, à cause du processus récent de globalisation, avec l'avènement des technologies de l'information. Elle explique que l'espace est devenu fragmenté, que la communauté locale a perdu de son importance et de sa cohésion. Or, selon Buskens, la pratique du maternage proximal exige des mères un ancrage fort au foyer, et donc à la localité. Ces mères seraient alors contraintes à l'isolement car il n'existe pas de soutien communautaire permanent autour des femmes, comme c'est le cas dans les sociétés « traditionnelles ».
En outre, elle souligne que les habitudes culturelles ne sont pas facilement modifiables. Par exemple, l'allaitement à la demande est aux antipodes des attentes et des contraintes

de la vie actuelle, basée sur des valeurs comme la régulation du temps et de l'espace, ou encore l'autonomie physique et émotionnelle.
Elle relève une contradiction culturelle, qui se traduit par une opposition entre un modèle « romantique » de la maternité et les valeurs dominantes de l'individualisme libéral et de l'efficience rationnelle.
Ce maternage intensif suppose, d'après Buskens, un sacrifice personnel, un isolement et une certaine immobilité, qui entravent l'épanouissement au sein de notre société moderne.
Ainsi, selon elle, le résultat du maternage proximal est, soit une exclusion sociale, soit un épuisement dû à un effort continuel de tenter de combiner des normes opposées. Elle rajoute que les femmes ne peuvent pas répondre aux exigences de ce type de maternage sans souffrir de divers troubles (elle cite comme exemples la dépression, la culpabilité, le suicide, le désespoir et l'infanticide) parce que personne ne peut confortablement vivre hors des valeurs dominantes et de la structure sociale de la société où il est né.

L'étude de Green et Groves (2008) fait un constat similaire aux recherches de Buskens. Elle montre de quelle manière la pratique du maternage proximal s'éloigne des pratiques de parentage dominantes américaines, et se rapproche de celles des sociétés dites « traditionnelles ». Par ailleurs, les auteurs précisent, qu'à la différence des sociétés traditionnelles qui suivent un schéma culturel pré-établi, les adeptes du maternage proximal ont choisi délibérément et consciemment de s'éloigner du courant dominant pour adopter des pratiques qui contredisent grandement les croyances populaires. Ils ajoutent que ces mères ne disposent pas du soutien social ou du réseau familial et communautaire étendu dont bénéficient les mères des sociétés traditionnelles.

De son côté, Faircloth (2010) soutient l'idée, que le maternage proximal est une pratique particulièrement exigeante non seulement physiquement, mais également moralement, car les mères sont contraintes de constamment justifier auprès des autres des pratiques opposées à la tendance dominante, comme l'allaitement prolongé.

Par ailleurs, Buskens (2001) reconnaît que la petite enfance est une période de dépendance physique et émotionnelle importante. Pour elle, le problème ne se situe pas là, mais sur le fait que ces besoins reposent exclusivement sur les épaules de la mère.

Selon Badinter (2010), l'allaitement, loin d'être anodin, exprime une philosophie de la maternité qui conditionne le statut de la femme et son identité. L'allaitement prolongé qui s'inscrit dans le maternage proximal représenterait une régression du statut de la femme, il menacerait de rendre les femmes esclaves de leurs enfants et de les confiner aux tâches domestiques. Elle exprime sa crainte face à cette mouvance écologiste de la maternité. D'après elle, elle pousserait les femmes vers « un destin très régressif ». Ces pratiques écologiques et chronophages contraignent, d'après elle, les femmes à délaisser leurs carrières professionnelles et leurs occupations extra-familiales.

4. Maternage et allaitement, sources d'empowerment

L'allaitement peut aussi être perçu comme une source de puissance pour les femmes, comme l'exprime la gynécologue Northrup :

> Quand nous nous fions aux producteurs de lait de substitution, plus qu'en notre propre capacité de nourrir nos bébés, nous perdons une opportunité d'affirmer un aspect de notre pouvoir de femme. Penser que le lait de substitution est aussi bon que le lait maternel équivaut à penser que trente années de technologie sont supérieures à trois millions d'années d'évolution .... [L'allaitement] est un acte de pouvoir féminin, et je le considère comme du féminisme dans sa forme la plus pure. (Northrup, 1998, p.510)

Le féminisme essentialiste est un mouvement de pensée qui revendique l'allaitement comme un terrain d'action féministe. En opposition au féminisme égalitariste, il critique la vision technologique capitaliste de la grossesse, de l'accouchement et de la puériculture où des « experts » dictent aux femmes la conduite à adopter. Il dénonce la dichotomie sein allaitant/sein érotique et la réduction des seins à des objets sexuels. Il considère le corps des femmes comme source de spiritualité et de pouvoir et non d'oppression (Didierjean-Jouveau, 2007).

L'anthropologue Van Esterik affirme que l'allaitement devrait être un domaine d'action féministe parce qu'il exprime et encourage l'autonomie féminine. Selon elle, l'allaitement doit impliquer des changements sociaux structurels qui ne pourraient qu'améliorer la condition des femmes, comme par exemple une nouvelle définition du travail de la femme en tenant compte de ses activités productives et reproductives. L'allaitement remet en cause le modèle dominant de la femme consommatrice, et la vision du sein comme étant d'abord un objet sexuel. Il affirme le pouvoir de contrôle de la femme sur son propre corps, et met en question le pouvoir médical. Enfin, il encourage la solidarité et la coopération entre femmes, que ce soit au niveau du foyer, du quartier, au niveau national et international (Van Esterik, 2012).

Les récents travaux de Pasche Guignard (2015) fournissent un exemple de solidarité entre mères. Elle montre que les mères d'aujourd'hui utilisent le réseau internet pour créer de nouveaux réseaux sociaux, des communautés de « mamans natures » qui leur permettent de librement partager leurs préoccupations et de s'entraider.

Un autre courant du féminisme apparaît dans les années 70, renforçant le discours des féministes essentialistes. Il s'agit de l'écoféminisme, dont la pensée a été conceptualisée, notamment, par les américaines Carson et Eaubonne.
Contrairement à la vision conquérante et dominatrice des hommes, l'écoféminisme propose un rapport plus féminin à la nature, fait d'affection et de soin. Il remet en cause deux formes de domination - celle des hommes sur les femmes, et celle des humains sur la nature. Il propose des relations fondées sur des valeurs de respect, d'empathie, de compréhension et de sensibilité (Larrère, 2012). En cela, l'écoféminisme rejoint les valeurs du maternage proximal, qui consiste à repenser les relations entre parents et enfants en s'éloignant du modèle éducatif dominant.

Par ailleurs, l'allaitement prolongé, en évitant le recours au lait artificiel ou de vache, fait office, dans ce contexte, d'acte écologique et politique. Ces femmes, qui pratiquent l'allaitement prolongé, consommatrices responsables, refusent de consommer un produit

issu de l'exploitation animale, polluant la planète par son processus de fabrication et de transport.
« Les mères votent avec leurs seins ! » (Pasche Guignard, 2015)

III. Problématique et question de recherche

Les bénéfices pour la santé physique et psychique de la mère et de l'enfant, lorsque l'allaitement dure, sont reconnus par la littérature scientifique. L'OMS soutient cette pratique en recommandant une durée d'allaitement jusqu'aux deux ans de l'enfant, voire plus. Les organismes de santé nationaux reprennent, pour la plupart, ces recommandations dans leur politique de santé.
Pourtant, l'allaitement prolongé est, dans nos sociétés industrialisées, une pratique marginalisée. Les femmes qui allaitent leur enfant sur une longue période sont stigmatisées par la société. La société semble porter sur elles un regard négatif et jugeant.

Ce sujet largement méconnu soulève de nombreuses controverses parmi la population et chez certains auteurs. Des féministes considèrent l'allaitement prolongé comme une source d'aliénation pour les femmes, les empêchant de s'épanouir à l'extérieur du foyer. D'autres auteurs, principalement issus de courants de pensée psychanalytiques, argumentent en défaveur de l'allaitement prolongé. Ils soutiennent qu'allaiter son enfant pendant des années est nocif pour sa santé psychique et que les mères le font pour leur propre plaisir ou pour pallier une difficulté, telle qu'une angoisse de séparation. Ces dernières considérations, qui ne s'appuient sur aucune preuve scientifique, continuent pourtant d'alimenter les croyances et les représentations négatives à ce sujet.

Nous souhaitons, dans ce travail, nous intéresser à l'expérience des femmes qui allaitent longtemps. Ces femmes font un choix reconnu bénéfique pour leur santé et celle de leur enfant. Pourtant, en faisant ce choix contraire à la tendance dominante, elles se confrontent à critiques, préjugés et incompréhension de la part de leur entourage, mais également de professionnels de santé et de la société en général.

Nous posons donc la question de recherche suivante :
Quel est le vécu des femmes qui pratiquent l'allaitement prolongé, dans nos sociétés industrialisées ?

IV. Méthodologie

Pour constituer notre revue de littérature, nous avons suivi une certaine méthodologie afin d'extraire les études les plus pertinentes répondant à notre question de recherche. Nous avons commencé par définir des mots-clés, que nous avons ensuite utilisés pour explorer différentes bases de données, avant de procéder à la sélection de nos articles.

A. Détermination des mots clés

Pour trouver les études répondant à notre question de recherche, nous avons, dans un premier temps, déterminé des mots-clés. Nous savions, grâce à nos lectures sur l'allaitement prolongé, que peu de recherches avaient été menées sur ce sujet. Pour rassembler suffisamment d'études, nous avons donc décidé de baser notre recherche sur l'allaitement prolongé en général, sans spécifier d'autres « sous-thèmes », comme « le vécu » ou « l'expérience des femmes ».
D'après notre question de recherche et la contrainte formulée ci-dessus, les mots-clés utilisés dans les différentes bases de données étaient donc les termes employés communément en anglais pour désigner l'allaitement prolongé : « long-term breastfeeding » et « extended breastfeeding ».
Nous avons également recherché les expressions « extended nursing », « full term breastfeeding » et « nursing toddler » sans obtenir de résultats pertinents.

B. Bases de données

La recherche d'études a nécessité l'utilisation de plusieurs bases de données afin d'obtenir une quantité d'études suffisante. En effet, comme expliqué précédemment, peu d'études ont été réalisées sur l'allaitement prolongé.
Afin d'avoir une vue d'ensemble des études disponibles sur le sujet, nous avons utilisé les bases de données suivantes : Medline®, MiDIRS (Midwives Information and Resource Service), psycINFO®, CINHAL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), BDSP (Banque de Données en Santé Publique) et le moteur de recherche Google Scholar.

Nous avons introduit nos mots-clés dans les moteurs de recherche en sélectionnant le champ « titre ». A la lecture du titre et de l'abstract de chaque étude, nous avons examiné ces articles pour vérifier qu'il pouvait répondre à notre question de recherche.

L'exploration de la base de données Medline® via Pubmed® a abouti aux résultats suivants :

Mots-clés	Résultats	Articles sélectionnés selon notre problématique
long-term breastfeeding[Title]	14	Dowling, 2012 Gribble, 2008 Kendall-Tackett, 1995 Wrigley, 1990
Extended breastfeeding[Title]	10	Cockerham-Colas, 2012 Stearns, 2011

Par ailleurs, grâce à l'utilisation des deux mots clés cités ci-dessus, l'exploration de la base de données MiDIRS a abouti à dix résultats, et aucun des articles ne répondaient à notre question de recherche. Celle de la base de données psycINFO® a fait apparaître les mêmes articles que ceux trouvés sur Medline®. L'exploration de CINHAL® a apporté un article supplémentaire répondant à notre problématique : Buckley, 1992. Grâce à notre recherche sur Google Scholar nous avons trouvé un autre article : Faircloth, 2010.

D'autre part, l'exploration de la BDSP (avec les mots-clés français « allaitement prolongé » et « allaitement long ») n'a pas fait apparaître d'articles en lien avec notre problématique, mais nous a permis d'obtenir des références utiles pour la construction de notre cadre de référence.

C. Screening des bibliographies

La lecture des bibliographies des articles cités ci-dessus nous a permis de mettre en évidence deux articles supplémentaires : Hills-Bonczyk et al., 1994, et Reamer et Sugarman, 1987.

D. Critères d'inclusion et d'exclusion

Etant donné le faible nombre d'articles parus sur le sujet, il n'a pas été possible de définir une durée d'allaitement précise comme critère d'inclusion.

Concernant nos critères d'exclusion, nous avons écarté les articles les plus anciens, ceux qui n'exposaient pas clairement leur méthodologie, ou encore qui présentaient des biais éthiques importants.

Ainsi, nous en avons écarté cinq[1] :

Buckley, K. M. (1992). Beliefs and practices related to extended breastfeeding among La Leche League mothers. *The Journal of Perinatal Education*, *1*(2), 45-53.

[1] Ces articles ont exploités ultérieurement dans la partie « Discussion ».

Faircloth, C. R. (2010). 'If they want to risk the health and well-being of their child, that's up to them': Long-term breastfeeding, risk and maternal identity. *Health, Risk & Society*, *12*(4), 357-367.

Hills-Bonczyk, S. C., Tromiczak, K. R., Avery, M. D., Potter, S., Savik, K., & Duckett, L. J. (1994). Women's experiences with breastfeeding longer than 12 months. *Birth*, *21*(4), 206-212.

Reamer, S. B., & Sugarman, M. (1987). Breastfeeding beyond six months: mothers' perceptions of the positive and negative consequences. *Journal of Tropical Pediatrics*, *33*(2), 93-97.

Wrigley, E. A., & Hutchinson, S. A. (1990). Long-term breastfeeding: The secret bond. *Journal of Nurse-Midwifery*, *35*(1), 35-41.

E. Sélection d'articles

Nous avons retenu les cinq articles suivants pour notre revue de littérature :

(1) Cockerham-Colas, L., Geer, L., Benker, K., & Joseph, M. A. (2012). Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, *7*(3), 143-150.

(2) Dowling, S., & Brown, A. (2013). An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter?. *Breastfeeding Medicine*, *8*(1), 45-52.

(3) Gribble, K. D. (2008). Long-term breastfeeding; changing attitudes and overcoming challenges. *Breastfeeding Review*, *16*(1), 5.

(4) Kendall-Tackett, K. A., & Sugarman, M. (1995). The social consequences of long-term breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, *11*(3), 179-183.

(5) Stearns, C. A. (2011). Cautionary tales about extended breastfeeding and weaning. *Health Care for Women International*, *32*(6), 538-554.

F. Limites et contraintes de la démarche de recherche d'articles

Nous avons identifié des limites à notre démarche de recherche. Tout d'abord, s'agissant d'une pratique minoritaire dans notre culture occidentale, ce sujet est encore peu étudié par la recherche. Pour répondre à la consigne de réunir cinq articles sur le sujet, nous avons donc été contraintes de sélectionner un article relativement ancien, publié il y a vingt ans.

D'autre part, nous étions limitées par les langues que nous maitrisions (français, anglais, espagnol). Il existe peut-être des travaux de recherche dans d'autres pays qui n'ont pas été traduits en anglais. Nous pensons notamment aux pays d'Europe du Nord, comme la Norvège par exemple, où l'allaitement prolongé est davantage pratiqué.

G. Recherche de littérature pour la construction du cadre de référence

En premier lieu, pour la construction de notre cadre de référence, nous avons utilisé des références d'ouvrages, de revues et de sites internet figurant dans la bibliographie sur l'allaitement que nous avions reçue en cours.
D'autre part, nous avons recherché des ouvrages à travers le réseau des bibliothèques de Suisse occidentale (RERO), en utilisant les mots-clés en anglais décrits précédemment, ainsi que des mots-clés en français « allaitement long », « allaitement prolongé », « allaitement au long cours », « sevrage naturel » et « sevrage mené par l'enfant ».

Nous avons également pu trouver des ouvrages sur notre sujet à la bibliothèque de l'Arcade des sages-femmes, et de la maison de naissance La Roseraie à Genève.

Par ailleurs, nous avons recherché des articles en parcourant les sommaires de la revue « Les Dossiers de l'Allaitement », disponible au centre de documentation de la Haute École de Santé (HEDS) de Genève. Nous avons trouvé dans le n°75 (2008) de cette revue une bibliographie sur l'allaitement qui contenait des titres d'ouvrages spécifiques sur notre sujet.

Nous avons effectué des recherches sur internet à travers les moteurs de recherche classiques types Google, ou Google Scholar. Nous avons également consulté les sites internet de Promotion Allaitement maternel Suisse (www.allaiter.ch), de l'Association genevoise pour l'alimentation infantile (www.gifa.org), de l'Association française « Information pour l'allaitement » (www.info-allaitement.org), ainsi que le fond documentaire des sites de la Leche League (www.lllfrance.org, www. llli.org).

Nous avons aussi parcouru les bibliographies, trouvées sur internet, de mémoires ou thèses sur l'allaitement prolongé (Bruyn, 2013 ; Colombet, 2009).

Pour finir, nous nous sommes abonnées à la newsletter du Centre de Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel (CERDAM), gérée en France par l'Association « Information pour l'allaitement » afin d'être tenues informées de l'actualité sur l'allaitement.

V. Tableaux descriptifs des articles de la revue de littérature

Article 1 **Référence**	**Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding** Cockerham-Cola, L., Geer, L., Benker, K., Michael, A., 2012 Publié dans la revue Breastfeeding Medicine
Objectif(s)	Examiner les connaissances et les perceptions des professionnels de santé sur l'allaitement prolongé. Utiliser une exposition pédagogique destinée à ces professionnels pour améliorer leurs connaissances et leurs perceptions sur l'allaitement prolongé.
Type d'étude	Quantitative interventionnelle randomisée
Population	84 participants. Pour participer à l'étude, il fallait avoir plus de 18 ans, et travailler ou étudier dans le milieu médical (infirmiers, médecins, sages-femmes, étudiants en médecine, et autres professionnels ou étudiants du secteur de la santé (administratif), etc.)
Méthodologie	Les participants ont répondu à un questionnaire (questions fermées) avant et après la visite d'une exposition pilote au sein d'un Centre Médical Académique de la ville de New-York. L'exposition présentait 22 photographies issues de la collection privée de la chercheuse Cockerman-Cola, ainsi que des données sur l'allaitement prolongé provenant d'articles et de journaux scientifiques, de manuels et d'ouvrage. 22 sujets étaient abordés, dont le sevrage mené par l'enfant, les recommandations des professionnelles, les bénéfices pour la santé de la mère et de son enfant, la stigmatisation sociale, l'allaitement prolongé dans d'autres cultures ou sociétés etc. Les participants avaient entre 5 et 20 minutes pour parcourir l'exposition. Deux questionnaires identiques ont été soumis avant et après l'intervention pour évaluer les connaissances (5 questions), et les perceptions (20 questions) sur l'allaitement prolongé. Le questionnaire post-interventionnel comprenait 4 questions supplémentaires sur l'exposition. L'évaluation des perceptions sur l'allaitement prolongé permettait d'évaluer 8 différents types de représentations (perception de la « normalité », acceptabilité de la pratique, sentiments d'embarras, perception de l'effet de l'allaitement prolongé sur la santé physique et psychique de la mère et de son enfant, et le comportement d'encouragement au sevrage).
Résultats principaux	• En général, les représentations sur l'allaitement prolongé étaient négatives. Elles augmentent avec l'âge de l'enfant. Seulement 22,3% pensaient que l'allaitement était acceptable pour un enfant de 3 à 4 ans, et 64,5% ont répondu qu'ils encourageraient au sevrage une femme allaitant un enfant de 3 à 4 ans. • L'exposition a significativement amélioré le niveau de connaissance et les perceptions sur l'allaitement prolongé. L'acceptabilité de l'allaitement d'un enfant âgé de 1 à 2 ans est passée de 60% à 89%, et le pourcentage des participants qui encourageraient au sevrage une mère allaitant un enfant âgé de 4 ans est passé de 70% à 43%. • Concernant le co-allaitement, le niveau de connaissance était faible avant l'intervention (38% de bonnes réponses à la question « Une femme enceinte devrait-elle arrêter d'allaiter son autre enfant ? », contre 77% après l'intervention).
Points faibles	• Etude novatrice, visant à améliorer les connaissances et l'opinion des professionnels de santé sur l'allaitement prolongé. • La mise en œuvre de cette étude a impliqué la réalisation d'un événement culturel.
Points faibles	• Population jeune (50% des participants ont moins de 29 ans, et 48% sont étudiants). • De nombreux participants ne sont pas soignants (gestionnaires dans le secteur de la santé). • Le questionnaire post-interventionnel a été rempli immédiatement après l'exposition. Il aurait été intéressant d'évaluer les connaissances et l'opinion des participants à plus long terme.

Article 2 **Référence**	**An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term : what are the issues and why does it matter ?** Dowling, S. & Brown, A., 2013 Publié dans la revue Breastfeeding Medecine
Objectif(s)	Cette étude rassemble les conclusions de 2 études distinctes et complémentaires qui explorent les expériences et les perceptions des femmes faisant le choix d'allaiter leur enfant à long terme et qui proposent des pistes pour normaliser cette pratique.
Type d'étude	Cette étude combine 2 ensembles de données qualitatives
Population	*Etude 1* : 10 femmes qui ont allaité plus de 6 mois ont été interrogées, soit en face à face (6), soit au cours d'un entretien en ligne (4). De plus, 80 mères âgées de 20 à 40 ans allaitant des enfants âgés de 0 à 4 ans ont été observées lors de réunions de groupes de soutien à l'allaitement. *Etude 2* : 1319 participantes, des femmes enceintes ou mères d'enfants âgés de moins de 2 ans ont été recrutées dans des groupes « mère/bébé » via des forums locaux et parentaux en ligne, basés au Royaume-Uni. La durée moyenne d'allaitement était de 18,2 semaines allant de 1 jour à 2 ans. 32,4% des participantes allaitaient sur une durée moyenne de plus de six mois. L'âge moyen des participantes était de 30,69 ans.
Méthodologie	*Etude 1* : Utilise une combinaison de méthodes ethnographiques (entrevues en face à face, entretiens en ligne, et observation). La collecte des données a eu lieu sur une période de 18 mois, entre 2008 et 2010. *Etude 2* : Utilise un questionnaire en ligne de questions ouvertes. La collecte des données a eu lieu sur une période de 3 mois au cours de l'année 2011. Les deux ensembles de données ont été examinés séparément mais à travers des procédures d'analyse de données similaires. Toutes les données ont été rendues anonymes et importées dans « NVivo » pour l'analyse thématique. Une approche thématique simple a été utilisée pour générer une description qualitative ; chaque script a été lu de façon à identifier les thèmes émergents, qui ont ensuite été regroupés en thèmes et sous-catégories clés. L'utilisation de 3 méthodes de collecte de données a permis la triangulation entre les méthodes et l'augmentation de l'indice de confiance.
Résultats principaux	• L'allaitement prolongé, bien qu'étant reconnu comme une norme biologique n'est pas considéré comme une norme sociale. Les mères qui pratiquent l'allaitement prolongé décrivent qu'elles ont dû faire face à l'attitude négative de la société en général. L'allaitement prolongé étant décrit par les autres comme comique, bizarre ou inutile. Il serait aussi parfois considéré par la population comme une expérience négative pour la mère (« elle a assez donné, elle devrait arrêter », notion de masochisme). • La recommandation de l'OMS des 6 mois d'allaitement exclusif est souvent comprise comme 6 mois d'allaitement « tout court ». • Les mères elles-mêmes décrivent leur réaction de surprise ou de choc lorsqu'elles ont vu pour la première fois un enfant « plus âgé » être allaité. • Selon les mères, l'allaitement prolongé devrait être promu auprès du grand public, ou encore auprès des professionnels de santé plutôt qu'auprès des mères elles-mêmes. • Elles souhaiteraient que cette pratique soit perçue comme naturelle, « normale », et acceptable. • Elles proposent des moyens pour normaliser cette pratique auprès du grand public (plus de représentations visuelles d'enfants « plus âgés » allaités, améliorer les connaissances, démystifier l'allaitement prolongé, mettre fin à la stigmatisation sociale et modifier la recommandation de l'OMS concernant l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois). • Les mères relèvent aussi l'importance d'effectuer un changement graduel pour permettre à la société de s'adapter.
Points positifs	• Etude très rigoureuse sur le plan méthodologique. • Population importante.

Article 3 **Référence**	**Long-term breastfeeding ; changing attitudes and overcoming challenge** Gribble, K., 2008 Publié dans la revue Breastfeeding Review
Objectif(s)	Etudier l'allaitement prolongé grâce à l'expérience des femmes qui allaitent 2 ans ou plus, et explorer le processus qui amène ces femmes à pratiquer l'allaitement prolongé.
Type d'étude	Quantitative et qualitative
Population	107 femmes australiennes de 21 à 45 ans, mères de 1 à 5 enfants âgés de 2 à 8 ans. Recrutées par publicité (notamment à travers Australian Breastfeeding Association), et par bouche à oreille. Les participantes devaient habiter en Australie et allaiter leur enfant depuis au moins 2 ans.
Méthodologie	Analyse de questionnaires écrits, composés de questions ouvertes et fermées sur : • Le récit de leur allaitement actuel. • Leur première intention sur la durée de leur allaitement, si cette intention a évolué au cours de l'allaitement, si oui, comment et pourquoi ? • L'impact de leurs expériences antérieures d'allaitement sur l'actuel. L'analyse quantitative a été réalisée grâce aux outils statistiques « StatSoft et Tulsa ». Un lien entre l'ordre des naissances et la durée de l'allaitement a été recherché avec les courbes « Kaplan-Meier », et le test de « Log-rank » a permis d'évaluer une éventuelle différence significative entre les courbes.
Résultats principaux	• 87% des femmes n'avaient initialement pas l'intention d'allaiter longtemps et beaucoup d'entre elles ressentaient même du dégoût face à l'allaitement d'un enfant « plus âgé ». • Les mères expriment avoir changé d'avis sur l'allaitement prolongé en voyant leur enfant apprécier l'allaitement, en en apprenant plus sur l'allaitement, et en étant exposées à des modèles d'allaitement prolongé. • Elles ont été exposées à des modèles et ont reçu de l'information au sein d'une association de soutien à l'allaitement (Australian Breastfeeding Association). • Les expériences antérieures d'allaitement ont aidé les femmes dans leur allaitement actuel. • Elles ont surmonté beaucoup de défis au cours de leur allaitement, et leur allaitement a parfois été discontinu (arrêts allant de quelques jours à des années avant l'arrêt définitif). • Des interventions post-natales (informations, exposition à des « modèles ») aident à augmenter la durée de l'allaitement.
Points positifs	• Seule étude qui étudie spécifiquement une population de mères ayant allaité 2 ans ou plus. • Exploitation de données qualitatives et quantitatives. • Met en évidence les facteurs qui influencent les mères à poursuivre leur allaitement et donc, contribue à identifier des interventions probablement efficaces pour augmenter la durée de l'allaitement. • A remporté le prix Mary Paton Reseach Award en 2007 (décerné tous les 2 ans à un travail de recherche sur l'allaitement).
Points faibles	La stigmatisation sociale est évoquée dans la partie « discussion » grâce à d'autres références, les participantes n'ont pas été interrogées sur ce sujet. Il aurait été intéressant d'explorer cette thématique à travers l'expérience de ces mères, allaitant 2 ans ou plus.

Article 4 **Référence**	**The social consequences of long-term breastfeeding** Kendall-Tackett, K. A., Sugarman, M., 1995 Publié dans la revue Journal of Human Lactation
Objectif(s)	Identifier les avantages et les inconvénients de l'allaitement prolongé selon les mères. Interroger la perception des femmes sur leur allaitement et observer si elle évolue avec l'enfant qui grandit. Explorer le soutien perçu des femmes qui pratiquent l'allaitement prolongé, et identifier les personnes qui critiquent leur décision.
Type d'étude	Qualitative et quantitative
Population	179 mères ayant allaité un ou plusieurs enfants jusqu'à l'âge de 6 mois au moins, recrutées à travers LLL, les leaders de LLL et des consultantes en lactation. 20% d'entre elles sont primipares. L'âge moyen des participantes est de 34,4 ans.
Méthodologie	Un questionnaire de 96 questions fermées était envoyé aux participantes. Elles joignaient à ce questionnaire des informations qualitatives. Les données ont été analysées grâce à l'utilisation de statistiques descriptives et « Cochran's Q » (technique non paramétrique).
Résultats principaux	• Les femmes sont très positives concernant leur expérience d'allaitement prolongé. L'aspect nutritionnel et les bénéfices pour la santé sont moins souvent cités que les aspects en lien avec la relation mère/enfant. • Concernant les aspects négatifs, peu ont été relevés. Cependant, plus l'enfant grandit, plus le pourcentage de femmes ayant sélectionné dans le questionnaire « aucun inconvénient » diminue. En effet, la stigmatisation sociale est relevée par 29% des femmes après 6 mois d'allaitement contre 61% après 24 mois. • La pression sociale pour sevrer apparaît autour des 6 mois d'allaitement. Les réactions négatives proviennent principalement des proches et des étrangers. • Les réactions positives proviennent principalement des membres de LLL et du partenaire. • Le soutien est important surtout au démarrage de l'allaitement pour modifier les pratiques et les valeurs. • Au fur et à mesure que les mères gagnent en confiance, elles sont moins influençables par les réactions des « autres ». D'ailleurs, les réactions positives ou négatives semblent influencer plutôt les sentiments des mères que leur comportement. • Les mères qui pratiquent l'allaitement prolongé relèvent l'importance du soutien reçu notamment par les leaders et les membres de LLL, et de l'information qu'elles reçoivent.
Points positifs	• Population importante. • Cette étude distingue 3 critères statistiques (allaitement après 6, 12 et 24 mois), alors qu'à l'époque, les quelques études existantes sur le sujet ne prenaient pas en compte l'allaitement après l'âge de 12 mois.
Points faibles	• Mode de recrutement des participantes via LLL, ce qui peut constituer un biais. • La répartition statistique des mères selon l'âge de sevrage n'est pas précisée. • N'explore pas l'attitude des professionnels de santé.

Article 5 **Référence**	**Cautionary tales about extended breastfeeding and weaning** Stearns, C., 2011 Publié dans la revue Health Care for Women International
Objectif(s)	Etudier la pression sociale pour sevrer faite aux femmes. Définir des « signaux d'alerte » que les mères observent pour juger un allaitement inadéquat ou pour justifier la nécessité de sevrer pour elle ou les autres mères.
Type d'étude	Qualitative
Population	66 mères allaitantes de 18 à 42 ans, habitant des villes de taille moyenne ou des zones rurales du comté de Californie du Nord. Elles ont été recrutées par l'intermédiaire du Programme Fédéral pour les mères à bas revenus (WIC), de groupes de mères du programme pour les parents adolescents financé par l'état, de programmes de soutien à l'allaitement, de LLL et d'autres associations de soutien à l'allaitement. 52% des femmes sont primipares, l'âge du sevrage se situe entre 1 mois et 5 ans.
Méthodologie	Les mères ont été interviewées dans un endroit qui leur convenait (souvent à leur domicile). 51 entretiens semi-dirigés ont été réalisés de 1995 à 1998 et 15 de 2005 à 2006. La durée moyenne par entretien est de 1 heure. Les données ont été codées manuellement. Un codage analytique détaillé a été couplé à un codage exploratoire des entretiens.
Principaux résultats	• Les femmes se sentent contrôlées sur la durée de leur allaitement. La question « jusqu'à quand allez-vous allaiter ? » est fréquemment posée. • Des « signaux d'alerte » incitant au sevrage sont : l'âge de l'enfant, le comportement de l'enfant, lorsque l'enfant peut « marcher vers/demander/prendre le sein ». • Les mères pensent que « ces signaux d'alerte » sont inappropriés et culturels, elles rajoutent que poursuivre son allaitement est « normal » si ça convient à la mère. • Ces « signaux d'alerte » sont problématiques pour la poursuite de l'allaitement car ils se manifestent devant un public (famille, amis, étrangers) et qu'il est impossible de les contrôler car on ne peut pas demander à un enfant d'être discret. • Les « signaux d'alerte » ne sont pas nécessairement prédictifs du comportement maternel en terme d'allaitement (toutes les mères n'arrêtent pas leur allaitement pour répondre au besoin de discrétion). Elles peuvent réagir de différentes manières : soit elles mettent de côté leur croyance et leur désir et cessent d'allaiter pour être « en paix » avec leur entourage et la société, soit elles font face aux critiques et poursuivent leur allaitement, parfois en se cachant ou en utilisant des codes avec leur enfant. • Les réunions de LLL participent à la « normalisation » de l'allaitement prolongé.
Points positifs	L'auteur analyse en détail la pression sociale pour sevrer à partir du discours des mères et dégage le concept novateur de « signaux d'alerte ». La partie « discussion » s'appuie sur de nombreuses et récentes références.
Points faibles	La nature des différents acteurs de la pression sociale faite aux femmes pour sevrer n'est pas précisée.

VI. Analyse critique

A. Objectifs des études sélectionnées

Les études sélectionnées pour notre revue de littérature visent différents objectifs et permettent de répondre à la question de recherche sous différents angles.

L'étude de Gribble (2008) identifie les facteurs personnels qui motivent les femmes à allaiter au long court, alors que Stearns (2011), sociologue, analyse d'un point de vue sociétal la pression exercée sur les femmes pour sevrer. L'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995) analyse le vécu des mères qui allaitent plus de six mois, en leur demandant de s'exprimer sur les avantages et les inconvénients de cette pratique, et sur la stigmatisation sociale.
L'étude de Dowling et Brown (2013) se concentre sur les préjugés auxquels sont confrontées les mères allaitantes au long cours, et elle incite les femmes à suggérer des propositions pour normaliser cette pratique.
L'étude de Cockerham-Cola (2012) s'intéresse aux professionnels de santé. Elle analyse leurs connaissances et représentations sur l'allaitement prolongé, et tente de les modifier à travers une intervention pédagogique.
Cette dernière étude se distingue nettement des quatre autres, de par sa méthodologie (quantitative interventionnelle alors que les autres études sont qualitatives) et ses objectifs.

Enfin, toutes ces études ont en commun l'objectif final d'identifier des solutions visant à normaliser l'allaitement au long cours.

B. Lieux des études

Les études ont toutes été réalisées dans des pays anglo-saxons: Etats-Unis (Californie, Massachusetts, New York), Australie et Royaume-Uni. Il aurait été intéressant de disposer de données provenant d'un pays francophone. Toutefois, nous pouvons extrapoler les résultats de ces études à la population suisse, car comme nous l'avons vu précédemment, dans les pays industrialisés, l'allaitement prolongé est une pratique marginale, contraire à la culture dominante.

C. Dates de parution

Les articles de notre revue de littérature sont récents, en dehors d'un article paru il y a 20 ans, celui de Kendall-Tackett & Sugarman (1995). Il est l'un des premiers à être paru sur le sujet dans la littérature scientifique.
A l'époque, aucune recommandation officielle n'existait aux Etats-Unis, lieu de parution de cette étude. La recommandation de l'American Academy of Pediatrics – d'allaiter au moins douze mois et au-delà si tel est le désir de la mère et de l'enfant – a été émise deux ans plus tard, en 1997, en citant cet article (Kendall-Tackett, 2012).

En 1995, en l'absence de recommandations officielles de la part des autorités de santé, la situation était encore moins favorable à l'allaitement prolongé qu'aujourd'hui. On comprend pourquoi cet article définit un allaitement au long cours par une durée de plus de 6 mois, et non d'un ou de deux ans, comme dans d'autres études plus récentes.

D. Méthodologie

Quatre des études choisies pour ce travail décrivent clairement leur méthodologie ; ce qui n'est pas le cas de l'article de Kendall-Tackett et Sugarman (1995).

Quatre des cinq études sont des études qualitatives. La taille de leur échantillon est suffisamment importante. Par contre, la seule étude quantitative, celle de Cockerham-Cola (2012), a un échantillon de taille réduite (84 participants), ce qui peut représenter un point faible ; de plus, sa composition n'est pas représentative des professionnels de la santé, car près de la moitié sont des étudiants, qui ont donc peu de pratique professionnelle.

L'étude interventionnelle de Cockerman-Cola et al. (2012) présente un point faible dans l'évaluation de l'intervention. Les résultats mettent en évidence qu'une exposition parcourue en moins de 20 minutes peut considérablement modifier les représentations et les opinions des professionnels de la santé sur l'allaitement prolongé. Or, ces changements ne sont évalués qu'à court terme. On peut s'interroger sur leur persistance dans le temps.
Il serait donc intéressant d'évaluer ses effets à plus long terme, pour évaluer si les comportements des professionnels sont modifiés dans le temps.

L'analyse des résultats des études de Gribble (2008), de Dowling et Brown (2013), et de Stearns (2011) est pertinente et complète. En effet, les auteures citent de nombreuses références appartenant à des domaines variés : institutionnel, scientifique, anthropologique, sociologique, médiatique, etc.

Nous pouvons souligner que l'étude de Gribble a remporté le prix Mary Paton Reseach Award en 2007. Il s'agit d'un prix décerné tous les 2 ans par l'Association Australienne pour l'Allaitement (Australian Breastfeeding Association) afin de récompenser un travail de recherche dans le domaine de l'allaitement.

E. Ethique

Les principes éthiques sont clairement exposés dans toutes les études de la revue de littérature, excepté dans l'article de Kendall-Tackett et Sugarman (1995), où peu de détails sont fournis sur ce sujet. De plus, une validation par un comité d'éthique n'est pas mentionnée dans cette étude.
Les études de Gribble (2008) et de Dowling et Brown (2013) ont été approuvées par un comité d'éthique universitaire.
Pour l'étude de Stearns (2011) les participants ont signé un consentement éclairé dans lequel figurait un intitulé sur la confidentialité des réponses.

L'étude de Cockerham-Cola et al. (2012), a été approuvée par un bureau universitaire de révision institutionnelle. Un consentement éclairé a été signé par tous les participants à l'exposition photographique en leur nom et en celui de leur enfant.

Par ailleurs, l'anonymat a été respecté dans les cinq études.

F. Auteurs

Il est intéressant de remarquer que les auteurs des articles choisis pour ce travail sont quasi exclusivement des femmes (neuf femmes et un homme).
Leur formation d'origine est variée : médecin, sociologue, infirmière, chercheur.
La plupart des auteurs sont actifs et engagés dans le domaine de l'allaitement. Ainsi, Kendall-Tackett, psychologue en santé et consultante en lactation est aujourd'hui rédactrice en chef de la revue « Clinical lactation », et dirige une maison d'édition qui publie des ouvrages sur la santé des femmes (Kendall-Tackett, 2012).

Gribble, de son côté, est engagée dans le domaine de la recherche sur différentes thématiques de l'allaitement, et est formatrice auprès de l'Association Australienne d'Allaitement.

Cockerham-Cola est la photographe et auteure de l'exposition photographique qui a servi d'outil de recherche pour son étude dans le cadre de son projet de Master en santé publique. Son œuvre a également été exposée dans d'autres lieux, comme au Musée de la Maternité (Museum of Motherhood) de New York sous le titre « abNormally Nursing ». Elle travaille également sur la rédaction d'un ouvrage ayant pour objectif d'apprendre aux parents comment communiquer sur l'allaitement prolongé (The attached family, 2015).

Dowling est membre de La Leche League et de l'Association des Mères Allaitantes (Association of Breastfeeding Mothers), un réseau britannique de groupes de mères allaitantes (Dowling, 2009).

Il semble que le sujet encore très controversé de l'allaitement prolongé attire certainement des chercheurs très engagés dans le domaine de l'allaitement. Ceci pourrait constituer un biais dans l'objectivité de leurs études, et des éventuels conflits d'intérêt.
Nous avons pu observer l'engagement fort de ces chercheurs, notamment dans la partie « discussion » de leurs articles où des propositions sont suggérées pour normaliser la pratique de l'allaitement prolongé. Gribble est l'auteure qui propose les solutions les plus engagées pour la démocratisation de cette pratique. Elle suggère par exemple une évaluation prénatale des pratiques d'allaitement de l'entourage de la mère, afin de dépister les femmes susceptibles de sevrer leur enfant « trop tôt ». Ainsi, les mères estimées à risque devraient être encouragées à rejoindre un groupe de soutien à l'allaitement ou à se rapprocher d'autres mères qui ont de l'expérience en allaitement afin d'être soutenues socialement dans leur allaitement.

Quant à Dowling, elle explique ouvertement son lien, personnel, à l'allaitement. Dans un article publié dans la revue The Practising Midwife (2009), elle fait preuve de réflexivité en exposant sa méthode de recherche, et en partageant des détails sur sa vie de mère. Elle

explique avoir allaité deux de ses enfants jusqu'à l'âge de trois et cinq ans, avoir allaité enceinte, et pratiqué le co-allaitement.

Elle reconnaît que son statut de chercheuse « insider » a pu entraîner un manque d'objectivité, et que la familiarité avec les participantes et les lieux de rencontre ont pu induire des omissions et des conflits d'intérêt.
Elle explique d'ailleurs qu'elle tentait de mener les entretiens dans des lieux variés, pour éviter ce biais.
Toutefois, elle exprime que son expérience personnelle d'allaitement prolongé a aussi représenté un atout pour sa recherche. Elle allaitait encore lorsqu'elle effectuait la collecte des données et a pu ainsi facilement approcher ses sujets de recherche, gagner leur confiance, et avoir une meilleure compréhension de leurs expériences (Dowling, 2009).

VII. Structuration des résultats de la revue de littérature

A. Processus décisionnels des mères qui décident d'allaiter au long cours

Une majorité de femmes qui allaitent de façon prolongée n'ont pas cette intention à l'origine. Elles étaient, pour la plupart d'entre elles, choquées lorsqu'elles voyaient pour la première fois un bambin allaité. Certaines ressentaient même du dégoût (Gribble, 2008; Stearns, 2011).
D'après Gribble (2008) et Stearns (2011), la confrontation des femmes avec un enfant « plus âgé » allaité, fait partie du processus par lequel elles en viennent à considérer la poursuite de leur propre allaitement.
D'autre part, Gribble (2008) démontre que les mères changent d'avis sur l'allaitement prolongé lorsqu'elles voient leur enfant apprécier l'allaitement, qu'elles en apprennent davantage sur l'allaitement et qu'elles sont exposées à des modèles d'allaitement à plus long terme.

B. Le vécu des mères qui pratiquent l'allaitement prolongé

1. Aspects positifs

Une seule étude de notre revue de littérature interroge spécifiquement les mères sur les aspects positifs de leur expérience. Elles font part de témoignages très positifs concernant leur expérience d'allaitement prolongé. Pour les enfants plus âgés, les bénéfices touchant au lien mère-enfant sont plus souvent évoqués que l'aspect nutritionnel et les bénéfices sur la santé. Les avantages relevés par les mères qui allaitent au-delà de deux ans sont : le bénéfice émotionnel, une aide dans les problèmes du quotidien, et l'effet positif sur la relation mère/enfant (Kendall-Tackett & Sugarman, 1995).

2. Aspects négatifs

Dans l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995), 46 % des mères relèvent des aspects négatifs concernant leur expérience d'allaitement. Le principal inconvénient décrit par les femmes est la stigmatisation sociale qu'elles subissent et qui augmente avec l'âge de l'enfant allaité (29 % des femmes la relèvent après 6 mois, contre 61 % après 24 mois). Les autres inconvénients notés par les femmes sont des problèmes d'ordre physique, l'impact sur leurs activités (activités restreintes) et l'effet négatif sur le partenaire.

Concernant les difficultés d'ordre physique décrites par les mères, l'étude de Gribble (2008) les relève en détail. Elles sont plus fréquentes au début de la période d'allaitement. Les difficultés à l'initiation de l'allaitement sont, par ordre d'importance : la mise au sein (31 % des mères), douleur aux mamelons (27 %), bébé très demandeur (16 %). Les difficultés survenant plus tard dans l'allaitement sont, par ordre d'importance: douleur aux mamelons pendant une grossesse (10 %), difficulté à commencer l'alimentation solide (10

%), difficulté à réduire les tétées nocturnes (10 %), mastite, morsures, négociation du co-allaitement, maladie de l'enfant, refus du sein.
L'auteure conclut que les femmes qui allaitent longtemps, ont su surmonter les difficultés rencontrées et que l'allaitement prolongé n'est pas un allaitement qui a toujours été facile, contrairement à ce que l'on pourrait croire.

a. *Stigmatisation sociale*

Les préjugés de la société

L'allaitement prolongé, reconnu bénéfique pour la santé de la mère et de son enfant par les organismes de santé publique internationaux, n'est pourtant pas considéré, dans nos sociétés industrialisées, comme une norme culturelle. Les femmes qui pratiquent l'allaitement au long cours décrivent fréquemment une attitude négative et des critiques de l'entourage proche, des professionnels de santé et des inconnus. L'allaitement est en général associé à l'alimentation du nourrisson. L'allaitement prolongé est, pour sa part, jugé inutile, bizarre ou comique. Par ailleurs, la notion de masochisme est aussi employée au sujet de l'allaitement prolongé. Il est considéré comme une expérience négative pour la mère, qui a assez donné et devrait arrêter. (Dowling & Brown, 2013)

Les professionnels de santé

Les femmes se plaignent d'un manque de soutien des professionnels de santé (Dowling & Brown, 2013). En effet, les professionnels de santé sont peu renseignés et ont majoritairement une opinion négative sur l'allaitement prolongé. Certaines mères ont même entendu de professionnels de santé, qu'une poursuite de l'allaitement nuirait à leur enfant. Ces représentations négatives augmentent avec l'âge de l'enfant. Seulement 22,3 % pensent que l'allaitement est acceptable pour un enfant de 3 à 4 ans et 64,5 % ont répondu qu'ils encourageraient au sevrage une femme qui allaite toujours son enfant de 3 à 4 ans. Concernant le co-allaitement, 62 % ont répondu qu'une femme qui tombe enceinte doit arrêter d'allaiter son autre enfant (Cockerham-Cola, Geer, Benker & Joseph, 2012).

b. *Pression sociale pour sevrer*

La société exerce un contrôle sur la durée de l'allaitement. La décision des mères concernant la durée de leur allaitement est « sous surveillance » (Stearns, 2011).
L'auteure explique que l'âge et le comportement de l'enfant sont des signes qui indiquent la nécessité de sevrer, dans nos sociétés industrialisées. Un enfant qui marche vers le sein, qui demande le sein ou qui prend le sein sera considéré comme en âge d'être sevré. Le comportement de l'enfant devient problématique quand il se manifeste devant la famille, les amis ou des étrangers. En effet, la difficulté réside dans le fait qu'il est impossible de contrôler ces signaux car on ne peut pas obliger un enfant de 3 ans à être discret (Stearns, 2011).

Selon Kendall-Tackett et Sugarman (1995), la pression sociale pour sevrer apparaît aux alentours des 6 mois de l'enfant. 44 % des mères qui allaitent au-delà de 6 mois relèvent

cette pression comme un aspect négatif de l'allaitement (ce chiffre est de 61 % à 12 mois).
Les réactions négatives proviennent principalement des étrangers et des membres de la famille.
Face aux normes imposées par leur culture, les mères sont contraintes, soit d'arrêter l'allaitement plus tôt qu'elles ne le désirent, soit de faire face à la critique en continuant d'allaiter, parfois en dissimulant leur allaitement (Stearns, 2011).
Par contre, au fur et à mesure que les mères gagnent en confiance, elles deviennent moins influençables par les réactions des autres. D'ailleurs, les réactions positives ou négatives influenceraient plus les sentiments des mères, que leur comportement (Kendall-Tackett & Sugarman, 1995).

C. Les ressources des mères

Selon Kendall-Tackett et Sugarman (1995), les principales sources de soutien des mères sont, par ordre d'importance, les associations de pairs, le partenaire, puis les amis.
Les mères relèvent l'importance du soutien reçu par les leaders et les membres de La Leche League, mais également de l'information qu'elles reçoivent, comme par exemple, des lectures concernant d'autres cultures où allaiter « longtemps » est la norme. Ce partage d'expériences et d'informations les aide à poursuivre leur allaitement plus sereinement.
Gribble (2008) confirme qu'au sein des groupes de mères, elles peuvent trouver un soutien moral, de l'information et des modèles d'allaitement prolongé.
Les membres de ces associations tendent à « normaliser » l'allaitement des enfants « plus grands » (Stearns, 2011).

D. Interventions pour déstigmatiser l'allaitement prolongé

Suite aux résultats de son étude, Gribble (2008) propose des interventions auprès des mères. Elle suggère qu'une information sur l'allaitement soit proposée aux femmes tout au long de la période de lactation, que l'exposition des femmes à l'allaitement prolongé soit facilitée et de développer les associations de soutien entre mères.

Par ailleurs, selon l'étude de Dowling et Brown (2013), l'allaitement au long cours devrait être promu en priorité auprès du grand public et des professionnels de santé plutôt qu'auprès des mères elles-mêmes. Afin de promouvoir l'allaitement prolongé, les mères interrogées dans l'étude proposent d'accroître les représentations visuelles d'enfants plus âgés allaités, d'améliorer les connaissances, notamment sur les bénéfices pour la santé de la mère et de son enfant, ainsi que de modifier le discours des recommandations pour qu'il soit plus justement interprété. En effet, la notion d' « allaitement exclusif jusqu'à 6 mois » est trop souvent interprétée comme « sevrage à 6 mois ».
Les mères qui allaitent longtemps souhaiteraient que cette pratique soit perçue comme plus naturelle, normale et acceptable. Elles précisent qu'il est important d'effectuer une sensibilisation progressive pour éviter l'effet de « choc » et permettre à la société de s'adapter.

Concernant les professionnels de santé, l'étude de Cockerham-Cola et al. (2012) prouve qu'une intervention, telle qu'un projet éducatif exposant des photos d'enfants plus âgés allaités peut significativement modifier les représentations et augmenter le niveau de connaissance sur l’allaitement prolongé.

VIII. Discussion

A. Les raisons qui poussent les mères à continuer d'allaiter

Plusieurs études mettent en avant les bénéfices de l'allaitement prolongé selon les mères : santé physique et émotionnelle de l'enfant (enfant plus affectueux, plus gai, sociable), un sentiment de sécurité accru chez l'enfant, un lien mère/enfant privilégié (Hills-Bonczyk, 1994 ; Reamer & Sugarman, 1987).

Les bénéfices émotionnels retirés par l'enfant de l'allaitement prolongé sont particulièrement mis en avant par les mères dans différentes études (Hills-Bonczyk, 1994 ; Reamer & Sugarman, 1987 ; Buckley, 1992).

L'étude de Gribble (2008) révèle l'importance du plaisir ressenti par l'enfant dans le choix des mères à poursuivre leur allaitement. Cela confirme les résultats obtenus par l'étude de Hills-Bonczyk (1994).

Le plaisir de l'enfant à être allaité est également présenté comme une raison majeure qui pousse les mères à poursuivre leur allaitement dans une enquête présentée lors de la Conférence annuelle de l'American Academy of Pediatrics en 2014 (Tchaconas, 2014). Les mères témoignent dans cette enquête que le plaisir ressenti par l'enfant est aussi déterminant dans leur choix d'allaiter plus d'une année, que d'autres facteurs tels que les bénéfices pour la santé et le lien qu'elles développent avec leur enfant.

Gribble a étudié plus en détail le plaisir ressenti par l'enfant dans une étude publiée en 2009, « As good as chocolate' and 'better than ice cream' : how toddler, and older, breastfeeders experience breastfeeding ». Il s'agit de la première étude qui prend en compte l'avis des principaux intéressés, les enfants allaités. Ces enfants, tous âgés de plus de deux ans, expriment avec leurs mots le plaisir qu'ils ont à être allaités, qu'ils aiment ça, qu'ils aiment le goût, que le lait est bon ou a un goût de chocolat. Ils expliquent aussi que téter les rend heureux, les fait « se sentir bien ».
Dans cette même étude, les mères rapportent que l'allaitement apporte apaisement et réconfort à l'enfant, dans les situations de stress, s'il se fait mal, ou encore au moment de l'endormissement, qui représente souvent une transition stressante pour le jeune enfant.

L'un des préjugés énoncé sur l'allaitement prolongé est que cette pratique répond uniquement aux besoins de la femme ou à son propre plaisir (Dowling et Brown, 2013), or, nous constatons, grâce à l'étude de Gribble (2009), que l'allaitement au long cours répond avant tout au besoin de l'enfant qui y trouve plaisir et réconfort. La mère n'impose pas l'allaitement à l'enfant pour sa propre satisfaction.

Selon Gribble (2009), une meilleure compréhension des besoins de l'enfant permettrait de réduire les préjugés existant sur l'allaitement prolongé.

D'autre part, l'allaitement prolongé serait une pratique plus « flexible » et pratique que ce que l'on imaginerait. En effet, la tétée est un acte intégré dans la vie de tous les jours, alors que l'enfant continue à jouer par exemple (Gribble, 2009).

De plus, selon l'étude de Gribble (2008) il est intéressant de faire remarquer qu'un allaitement long n'est pas nécessairement un processus continu. L'enfant peut être sevré pendant quelques jours à quelques années avant de recommencer à téter (19 % des mères de l'étude). Ainsi, une grève de la tétée, une séparation mère/enfant ou un sevrage pendant une grossesse ne signifie pas forcément la fin de l'allaitement ; l'allaitement au long cours permet une certaine flexibilité selon les circonstances.

B. Les désavantages de l'allaitement prolongé

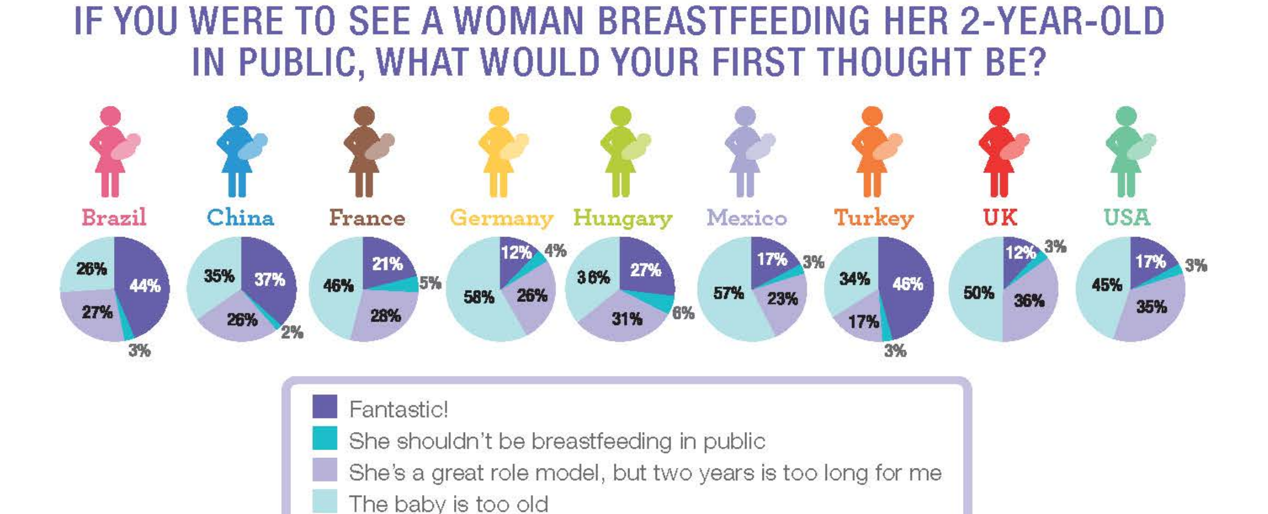
1. Le désavantage majeur, la stigmatisation sociale

En dehors des articles de notre revue de littérature, d'autres études mettent en évidence une forte stigmatisation sociale de l'allaitement prolongé (Reamer & Sugarman, 1987 ; Buckley, 1992 ; Rempel, 2004). En outre, la stigmatisation augmente avec l'âge de l'enfant allaité (Reamer & Sugarman, 1987 Rempel, 2004).

Dans l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995) une majorité de femmes allaitant plus d'un an cite la stigmatisation sociale comme l'aspect négatif principal de leur allaitement (jusqu'à 61 % des femmes après 2 ans).
Ceci est confirmé par d'autres études, par exemple, Reamer et Sugarman (1987) constatent qu'après 12 mois, près de 42 % des mères relèvent la stigmatisation sociale comme un aspect négatif de leur allaitement.

Selon une étude menée en Espagne par Romero et Jimeno (2006) auprès de mères allaitant au-delà d'une année, les premières difficultés pour les femmes sont les « critiques reçues et la pudeur à donner le sein en public ». 79 % des mères interrogées disent subir des critiques. Elles proviennent en premier lieu de l'entourage social, et en deuxième lieu des professionnels de santé (pédiatres, gynécologues ou autres), des membres de la famille et des collègues de travail. Les professionnels de santé représentent la deuxième source de critiques la plus importante perçue par les mères dans cette étude.

Plusieurs enquêtes ont également mis en lumière les représentations négatives de la population pour cette pratique.
Selon une enquête menée en 2005 aux États-Unis, 52 à 69 % des personnes interrogées estiment qu'il est inapproprié pour un enfant d'être allaité au-delà d'un an (Hannan, Li, Benton-Davis & Grummer-Strawn, 2005).
Une autre enquête menée en 2014 par le laboratoire Lansinoh auprès de 13 000 femmes de neuf pays d'Europe, d'Asie et d'Amérique, permet de comparer les représentations chez les mères (ou femmes enceintes) de différentes cultures. Aux États-Unis, 67 % des participantes pensent qu'un enfant doit être sevré avant un an. Cela coïncide avec les chiffres de l'enquête précédemment citée. Il n'y aurait donc pas eu d'évolution dans les représentations au cours des dix dernières années aux États-Unis. Il est intéressant de noter que c'est la France qui propose le plus jeune âge du sevrage préconisé : plus de la moitié des mères interrogées pensent que l'enfant doit être sevré avant six mois.



Tiré de : Lansinoh Laboratories, Inc., 2014

Grâce à ce graphique, nous pouvons observer que dans la plupart des pays concernés par cette enquête (France, Allemagne, Hongrie, Mexique, Royaume-Uni, États-Unis) la première réaction face à la vue d'un enfant de deux ans allaité, est qu'il est trop âgé pour cela.

Comme le souligne Gribble (2009), c'est probablement parce que le sevrage précoce est courant dans les pays industrialisés que l'allaitement au long cours est devenu une pratique mal comprise par la société. Ce manque de compréhension a mené à une stigmatisation de l'allaitement prolongé. Le sevrage tardif est devenu culturellement inacceptable.

Il est intéressant de noter, comme nous l'avons déjà vu, que les femmes qui allaitent longtemps ont elles-mêmes été choquées la première fois qu'elles ont vu un enfant plus âgé au sein (Gribble, 2008).

Dans le cadre d'une étude réalisée par Razurel (2003) sur « les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes », les mères emploient des termes comme « malsain » ou « ridicule » pour caractériser l'allaitement quand il dure longtemps. Les termes utilisés par les mères dans cette étude nous rappellent les expressions utilisées par les mères interrogées dans l'étude de Dowling et Brown en 2013.
Razurel (2003) précise que les femmes font référence, concernant l'allaitement prolongé, à une relation fusionnelle intense, contre les règles de notre société, et qu'elles mettent en avant l'indépendance et l'autonomie que l'enfant doit acquérir. L'auteure relève même que le timbre de la voix des personnes interrogées montait et s'amplifiait lorsque la question de la durée de l'allaitement était abordée, ce qui montre une émotion particulière, qu'elle explique par un conflit de valeurs ressenti par les mères.

Plusieurs études ont évalué spécifiquement l'influence de la stigmatisation sociale sur la décision des femmes d'allaiter longtemps. Les résultats de ces études sont variés. Kendall-Tackett et Sugarman (1995) ont rapporté que les réactions des autres pouvaient

affecter les sentiments des mères, mais pas forcément leur comportement. Faircloth (2010), de son côté, a relevé que certaines mères se disent « fortes » et ne se sentent pas affectées par les critiques, ce que confirme Stearns (2011). Toutefois, une étude de Rempel (2004) nuance cette observation en mettant en évidence que les opinions des autres affecteraient significativement la décision des mères à poursuivre leur allaitement.

L'enfant allaité, peut, au même titre que sa mère, être victime de la stigmatisation sociale présente envers l'allaitement prolongé. En effet, culturellement, l'allaitement est associé à l'alimentation du nourrisson et donc à un comportement passif de la part de l'enfant allaité.
Or, lorsqu'il est plus grand, il peut réclamer activement à téter, avec des mots ou en prenant le sein de lui-même. L'attitude de l'enfant est alors souvent jugée négativement car elle rompt avec les normes culturelles de nos pays industrialisés (Stearns, 2011).

2. D'autres désavantages peu étudiés par la littérature scientifique

Nous avons donc vu que le principal désavantage relevé par les mères qui allaitent « longtemps » est la stigmatisation sociale qu'elles subissent. Il en existe d'autres qui ont moins été développés dans la littérature.

Dans l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995) certaines femmes relèvent qu'elles ont rencontré des problèmes d'ordre physique, que leur activité était restreinte et que l'allaitement prolongé a eu un effet négatif sur le vécu du partenaire.

L'étude de Buckley (1992) révèle un autre désavantage décrit par les mères, qui rejoint celui décrit dans l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995) concernant la restriction des activités. Les mères expriment devoir passer trop de temps auprès de leur enfant.
Ce résultat pourrait être lié au fait que l'échantillon de cette étude était composé à 60 % de femmes qui ne travaillaient pas, et à 40 %, de femmes qui travaillaient à temps partiel. Or, on sait qu'il est possible de concilier travail et allaitement prolongé comme le montre une étude de Hills-Bonczyk (1994). Dans cette étude, 68 % des femmes interrogées qui allaitaient plus d'un an travaillaient à l'extérieur du domicile, dont la moitié travaillait plus de 20 heures par semaine.

Il est intéressant de noter que l'inconvénient « activité restreinte » diminue avec l'âge de l'enfant. Selon Tackett et Sugarman (1995), 13 % des mères relèvent ce désavantage après 6 mois, contre 9 % après 12 mois, et 6 % après 24 mois. Ces résultats sont proches de ceux observés dans l'étude de Reamer & Sugarman (1987), où près de 14 % des femmes ressentent une limitation dans leurs activités après 6 mois, contre seulement 6 % après 12 mois.

Nous pourrions expliquer cette problématique ressentie par les mères, par le fait que malgré la diversification alimentaire qui débute aux alentours des six mois de l'enfant, l'apport lacté demeure majoritaire dans l'alimentation de l'enfant jusqu'à un an (OMS, 2003, p.10). L'allaitement requiert donc un certain rapprochement entre la mère et son enfant pendant cette période. Après douze mois, la relation d'allaitement est certainement plus flexible, avec la possibilité de longues périodes sans tétée.

La littérature scientifique fournit peu d'informations sur les inconvénients de l'allaitement prolongé, relevés par les mères, en dehors de la stigmatisation sociale. La littérature type « essai », comme par exemple les ouvrages publiés par La Leche League, fournit plus d'informations à ce sujet. Ces ouvrages contiennent de nombreux témoignages de mères et de pères qui partagent leur expérience sur l'allaitement prolongé. Par exemple, dans les ouvrages de Bumgarner (2006) et Sinnott (2011), des chapitres entiers sont consacrés au couple et au rôle du père, et des suggestions y sont détaillées pour surmonter les difficultés rencontrées par les couples.

Didierjean-Jouveau (2010), animatrice et ancienne présidente de La Leche League France, rédactrice en chef de la revue « Allaiter aujourd'hui ! », et auteur de nombreux ouvrages, témoigne que beaucoup de mères d'enfants de 2 à 3 ans ne supportent plus cette « proximité avec l'enfant, cette dépendance réciproque, ces journées en tête-à-tête avec lui ». Elle explique cela par des aspects sociaux et culturels que nous avons étudiés précédemment dans la partie « maternage proximal ».

> L'enfant n'est pas fait pour vivre toute la journée en tête-à-tête avec sa mère seule. Et sa mère n'est pas faite pour passer sa journée avec son seul enfant, sans la compagnie et la conversation d'autres adultes. L'enfant est fait pour être libre d'aller et venir, entre des compagnons de jeu, des activités libres (et non pas toujours programmées par l'adulte) et la possibilité de revenir de temps en temps, quand il le souhaite, à la mère, sa "base arrière", reprendre de l'énergie et repartir aussitôt de l'avant. Pour l'instant, une telle vision tient de l'utopie. Mais espérons que nous verrons un jour se répandre ce nouveau maternage où tout le monde, parents et enfants, trouvera son compte. (Didierjean-Jouveau, 2010)

C. Stratégies adoptées par les mères pour échapper aux réactions négatives

1. Dissimuler leur allaitement

Les femmes décrivent la nécessité de rester discrètes lorsqu'elles allaitent en public. Elles prennent soin de se couvrir et d'éviter que le sein, et notamment le mamelon, soit visible. (Stearns, 2011). Stearns reporte que ce besoin d'intimité ressenti par les mères est difficilement compatible avec le caractère, en général, peu discret d'un bambin.
Alors qu'il est encore facile de rester discret avec un nourrisson (qui reste immobile), un enfant, plus grand, risque de saboter les efforts déployés par sa mère pour rester discrète. Il peut, par exemple, tirer sur le linge qui recouvre la mère, réclamer activement le sein, le désigner, le prendre ou jouer avec l'autre mamelon alors qu'il tète. La mère peut alors avoir le sentiment de perdre le contrôle et être gênée par le manque de discrétion.
L'auteure ajoute que certaines mères se sentent jugées dans leur rôle de mère. Elles imaginent que les autres pourraient penser qu'elles se laissent aller ou qu'elles n'ont pas su exercer leur autorité pour maintenir l'allaitement discret. Leur identité en tant que « bonne mère » est donc en jeu ici.

Une des solutions que les femmes mettent en place pour éviter les jugements négatifs des autres, vue dans notre revue de littérature, est de dissimuler leur allaitement en le réservant à la sphère privée. D'autres études confirment que les femmes prennent cette décision pour éviter les critiques. L'une d'entre elles est d'ailleurs intitulée « The secret bond » (le lien secret) (Reamer & Sugarman, 1987 ; Wrigley & Hutchinson,1990).

Les mères apprennent à leur enfant que l'allaitement est une pratique privée, et négocient avec lui pour définir quand et où les tétées peuvent avoir lieu. Certaines femmes limitent l'allaitement à certaines heures de la journée, ou le restreignent à des endroits spécifiques dans la maison, par exemple au lit de l'enfant, ou sur un fauteuil particulier (Dowling, 2009). Dowling souligne que certaines femmes en arrivent même à dissimuler leur allaitement à des personnes proches. Selon Faircloth (2010), de nombreuses femmes en viennent à mentir.

D'autres mères enseignent à leur enfant des mots de passe qui permettent de négocier discrètement, devant les autres, le moment de la prochaine tétée (Stearns, 2011). L'étude de Wrigley et Hutchinson (1990) met également en évidence le recours aux mots de passe.

2. L'argumentation

Selon Faircloth (2010), les mères allaitant au long cours se retrouvent dans une position peu confortable, car elles adoptent une pratique validée scientifiquement, mais mal acceptée socialement.
Pour défendre leur pratique, les femmes recourent à des arguments scientifiques (anthropologie biologique, endocrinologie etc.), aux recommandations de l'OMS, mais aussi à des arguments basés sur l'affectif, l'intuition, et ce qui est « naturel » selon elles.
Une autre étude confirme que les mères répondent parfois de manière directe et univoque face aux critiques et aux remarques négatives (Wrigley & Hutchinson, 1990).
D'ailleurs, Faircloth (2010) remarque que certaines mères se montrent particulièrement véhémentes pour défendre leur comportement. Elle met ainsi en évidence l'émergence de militantes lactivistes au sein de La Leche League. Ces militantes se définissent socialement surtout par leur rôle de mère pratiquant le maternage proximal ou de militante lactiviste, plutôt que par leur profession par exemple.

3. L'humour

Certaines femmes emploient l'humour en réponse aux critiques, pour dévier l'attention. Par exemple, elles disent que leur enfant continuera à prendre le sein quand il ira à l'université (Faircloth, 2010).

Certains ouvrages sur l'allaitement, destinés au grand public, suggèrent quelques idées pour répondre avec humour à la question : « Quand allez-vous arrêter d'allaiter ? » « Oh, dans environ 5 minutes. », « Quand elle aura ses propres seins. », « Quand il trouvera des seins qu'il préférera aux miens. » (Eiger & Wendkos Olds, 1999)

D. Sources de soutien

1. Le partenaire

Le partenaire joue un rôle primordial auprès des femmes qui allaitent au long cours. Selon Buckley (1992), il serait aussi important que les groupes de mères pour soutenir les femmes tout au long de la période de lactation.
Dans l'étude de Romero et Jimeno (2006), les femmes ont été interrogées sur les sources de soutien émotionnel reçu. Le partenaire est deux fois plus souvent cité que les associations de soutien à l'allaitement.
Selon l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995), 86 % des mères interrogées déclarent être soutenues par leur partenaire, alors que seulement 8 % relèvent un effet négatif de la part du partenaire.
Colombet (2009) exprime que « le rôle du partenaire est particulièrement important pour soutenir la femme face aux critiques ou, en tant que confident, quand la mère ne peut en parler aux autres. »

Ces résultats nous laissent penser que l'allaitement prolongé est en général une décision de couple.

Une autre étude, brésilienne, a pourtant mis en évidence que l'allaitement dure plus longtemps quand le père n'habite pas avec la mère (Martins & Giugliani, 2012). Ce résultat montre que le père ou la relation de couple pourrait inciter au sevrage lorsque l'allaitement se prolonge.

2. Les groupes de pairs

Dans notre revue de littérature, nous avons relevé l'importance des groupes de mères, tels que La Leche League, dans le soutien qu'ils apportent aux femmes pratiquant l'allaitement prolongé (Kendall-Tackett & Sugarman, 1995, Gribble, 2008, Stearns, 2011).
En effet, dans un environnement peu favorable à la pratique de l'allaitement au long cours, la participation à un groupe qui soutient cette pratique peut être déterminante dans le choix des mères à continuer d'allaiter (Gribble, 2008).

L'étude de Hills-Bonczyk (1994) relève une importance moindre de ces groupes : seulement 20 % des femmes interrogées déclarent avoir reçu du soutien de leur part, alors que dans l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman (1995), la proportion est de 96 %. Cela peut s'expliquer par le mode de recrutement des femmes. Les mères interrogées dans l'étude de Hills-Bonczyk ont été sélectionnées au sein d'un grand hôpital, alors que celles de l'étude de Kendall-Tackett et Sugarman l'ont été par l'intermédiaire de La Leche League. Les femmes sélectionnées à l'hôpital n'ont peut-être pas eu l'occasion de fréquenter un groupe de pairs, d'où ce faible pourcentage.

Les femmes trouvent même dans ces groupes de mères une sorte de « tribu ». Le sentiment d'appartenance est fort. Beaucoup de mères disent avoir trouvé des amitiés durables à travers ce réseau. Toutefois, Faircloth remarque que, parfois, des mères sont gênées par un discours prescriptif, plutôt que purement informatif sur l'allaitement long de la part de certains membres du groupe (Faircloth, 2013, p.104).

Au-delà de l'importance des groupes de pairs dans la vie des femmes, l'allaitement prolongé peut avoir des conséquences plus larges dans leurs relations sociales. En effet, selon Wrigley et Hutchinson (1990), certaines femmes limiteraient les contacts avec les personnes qui ne soutiendraient pas leur choix et chercheraient des connections avec celles qui accepteraient leur pratique.

3. De nouvelles sources de soutien

De nouvelles sources de soutien pour ces femmes sont apparues ces dernières années grâce à internet. Il n'en est pas fait mention dans notre revue de littérature, par contre elles sont mis en évidence dans les récents travaux de Pasche Guignard (2015). Cette anthropologue, en étudiant les espaces en ligne francophones, notamment les forums de « mamans natures », a montré que les femmes y trouvent un soutien, un espace d'échange, et peuvent exposer librement les difficultés qu'elles rencontrent, demander des conseils sur une pratique dont elles ne peuvent parler avec leur médecin ou leur entourage. Sur internet, il est également possible de trouver facilement des ouvrages, maintenant traduits en français, qui rendent accessibles des informations non fournies par le corps médical.

E. Attitude des professionnels de santé

Deux études de notre revue attestent du manque de connaissance des professionnels de santé et de leurs préjugés sur l'allaitement prolongé (Cockerham-Cola, Geer, Benker & Joseph, 2012 ; Dowling & Brown, 2013). L'étude de Dowling et Brown ne précise pas le type de professionnels de santé concerné. Celle de Cockerham-Cola ne détaille pas les résultats par type de professionnels, mais informe de la composition de l'échantillon étudié (étudiants en médecine, étudiants en santé publique, infirmières, médecins, sages-femmes, etc.).

D'autres études soulignent que les femmes subissent des critiques négatives de la part des professionnels de santé, sans préciser quel type de professionnels (Wrigley & Hutchinson, 1990 ; Romero & Jimeno, 2006).

L'étude de Wrigley et Hutchinson (1990) met en évidence, qu'en raison des réactions négatives des professionnels de santé, les femmes en viennent à leur dissimuler leur allaitement. C'est ce que confirme une étude réalisée en France pour l'écriture d'un mémoire dans le cadre de la formation de consultante en lactation intitulé « L'allaitement long se cache-t-il ? » (Colombet, 2009).

Dans une étude de Buckley (1992), les infirmières et médecins sont perçus comme peu soutenants, et en général les femmes ne les informent pas de leur allaitement.

Ainsi, les professionnels de santé ne peuvent pas fournir une prestation de soin complète car ils ne disposent pas de toutes les informations (Wrigley & Hutchinson, 1990).

Pour mesurer l'ampleur du problème, nous avons fait le choix de nous intéresser, aussi, à la littérature type « essai ».
Selon Sinnot (2010), auteure britannique qui a recueilli de nombreux témoignages de mères en provenance de plusieurs pays, les professionnels de santé « ont tendance à intervenir vigoureusement et à faire pression sur les mères pour qu'elles cessent ». Les mères qui allaitent au long cours relèvent une importante désinformation des professionnels de santé, et dans certaines situations, un comportement peu professionnel. Ces mères ont peu de respect pour le corps médical et ne lui font pas confiance.
Ainsi, plutôt que de prendre le risque de ne pas être comprises, elles gardent secret leur allaitement long. Sinnot (2010) précise que nombre d'entre elles évitent purement et simplement tout contact avec les autorités médicales et vont chercher de l'aide ailleurs quand survient une difficulté. Il est regrettable selon elle, que les professionnels de santé soient à la traîne, alors que l'allaitement long est un phénomène en pleine expansion.

D'ailleurs, les dérives des professionnels de santé sont dénoncées officiellement par des autorités de santé de certains pays.
Par exemple, le ministère de la santé italien s'exprime sur les conséquences des réactions négatives des professionnels de la santé à travers un communiqué de mars 2014 :
« Certains professionnels de santé, en attribuant à l'allaitement de longue durée des considérations négatives infondées sur le développement affectif et social de l'enfant, encouragent de fait l'arrêt de l'allaitement maternel, sans pleinement considérer la perte d'un bénéfice pour la santé de la mère et de l'enfant. » (p.1, traduction libre)

Ce problème est encore soulevé en Espagne par le comité d'allaitement maternel de l'Association Espagnole de Pédiatrie, dans ses recommandations sur l'allaitement prolongé (2015) :
« Les mères qui décident de continuer à allaiter leurs enfants plus grands sont parfois confrontées à des barrières ou un rejet de la société, de la part des professionnels de santé, et même de leur propre famille, fondées sur des mythes ou des croyances personnelles. » (p.1, traduction libre)

F. Prolongements possibles

Les études citées précédemment dans ce travail ont largement décrit les avantages relevés par les mères qui allaitent longtemps, en revanche, elles ont peu détaillé les difficultés et les désavantages de cette pratique, mis à part la principale, la stigmatisation sociale.
Gribble (2008) a exploré les problèmes d'ordre physique rencontrés par les femmes tout au long de la période de lactation. Dowling et Brown (2012) ont, pour leur part, étudié plus spécifiquement les préjugés auxquels les femmes étaient confrontées et Stearns (2011) la pression sociale à sevrer.
Nous disposons de peu de détails sur les autres difficultés ou désavantages, comme par exemple l'impact sur la relation de couple ou sur les activités de la femme, ainsi que sur la façon dont les femmes surmontent ces difficultés.

Cela peut se comprendre par le fait que les femmes qui allaitent longtemps insistent surtout sur les avantages de cette pratique. Les difficultés qu'elles rencontrent semblent secondaires aux bénéfices qu'elles en tirent.
D'autre part, comme nous l'avons déjà fait remarquer auparavant, les auteurs des études sur l'allaitement prolongé sont tous engagés pour la promotion et le soutien de l'allaitement prolongé, ce qui pourrait aussi expliquer la mise en avant des avantages de cette pratique.

Comme nous l'avons vu, les femmes qui allaitent longtemps ne sont pas nécessairement celles pour qui l'initiation de l'allaitement a été « facile ». Il serait intéressant d'étudier comment ces mères ont pu surmonter les difficultés d'ordre physique qui sont habituellement à l'origine de nombreux sevrages précoces.
Ces nouvelles données permettraient aux professionnels de santé de réfléchir à des axes de prévention pour que toute femme qui le souhaite puisse mener à bien son projet d'allaitement, et ainsi lui proposer un soutien individualisé, adéquat et pertinent.

D'autre part, il existe très peu d'études scientifiques sur les spécificités physiologiques de la lactation quand l'allaitement dure : modalités des tétées (fréquence, durée), adaptation de la production selon les moments de la journée où l'enfant est avec sa mère, possibilités de relactation après une séparation, variabilité de l'efficacité du tire-lait, utilité des tétées nocturnes (sommeil partagé et implications sur le sommeil de l'enfant).
Ce type d'études permettrait d'optimiser l'accompagnement des femmes qui allient allaitement au long cours et travail par exemple, ou simplement d'améliorer l'information transmise aux femmes et aux couples pendant la grossesse.

Notre travail porte sur le vécu des mères, mais il serait intéressant de mieux comprendre également l'expérience de l'enfant. L'étude de Gribble (2009) est un premier pas vers l'exploration du vécu de l'enfant. D'autres études pourraient être menées pour comprendre les bénéfices qu'en retirent les enfants, ou comment ils font face aux désavantages, comme par exemple les critiques des autres.

IX. Retour dans la pratique

Les sages-femmes rencontrent peu les femmes qui pratiquent l'allaitement prolongé. En effet, les mères qui allaitent sur une période « plus longue » sont principalement confrontées à une stigmatisation quotidienne, plutôt qu'à des soucis physiques liés à l'allaitement. Afin d'améliorer le vécu de ces femmes, c'est la perception des professionnels de santé, de l'entourage et de la population en général qui doit changer. Nous devons œuvrer pour un contexte socio-culturel plus favorable qui permettrait aux femmes d'allaiter leur enfant autant de temps qu'elles le souhaitent. Nous pensons que notre principale action, pour favoriser et faciliter la pratique de l'allaitement prolongé, serait de changer le regard porté sur cette pratique. Des actions doivent être mises en œuvre afin de faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement prolongé et les attitudes à l'égard des femmes qui allaitent « longtemps ».

A. Promotion de la santé et allaitement prolongé

1. L'allaitement prolongé, une pratique salutogénique à promouvoir

La salutogénèse, concept développé dans les années 1970 par Antonovsky, propose d'étudier ce qui génère la santé, en opposition à la pathogénèse qui se concentre sur ce qui produit la maladie (Lindström & Ericksson, 2012).
En d'autres termes, « [La salutogenèse] est à la fine pointe de divers écoles de pensée qui insistent sur les forces, les capacités et le bien-être des humains, et non plus seulement sur leurs faiblesses, leurs limites et la maladie » (Mittelmark, 2008, cité par Lindström & Ericksson, 2012).

En tant que pratique qui favorise la santé, l'allaitement prolongé peut être qualifié de salutogénique. Sa promotion et son soutien s'inscrivent donc dans une démarche salutogénique. L'allaitement concerne la santé de toutes les mères et de tous les enfants. Tous les couples qui ont un enfant prennent des décisions concernant son alimentation (lait artificiel ou maternel, et durée de l'allaitement).
Il est nécessaire de reconnaître l'importance que mérite cette pratique dans le cadre d'une politique globale de promotion de la santé.

A Genève, la promotion de la santé péri-conceptionnelle, prénatale et périnatale, ainsi que celle des enfants et adolescents figurent parmi les onze domaines prioritaires de la Loi sur la Santé (Grand Conseil de la République et Canton de Genève, 2006).
Promouvoir et soutenir l'allaitement dans sa durée devrait être un axe prioritaire de promotion de la santé à Genève.

2. Ethique de la promotion de l'allaitement

La promotion de l'allaitement a parfois été l'objet de controverse, accusée de culpabiliser les femmes qui ne souhaitent pas allaiter, ou encore de mettre trop de pression sur les femmes (Gribble, 2008).

Nous avons vu dans notre partie « Histoire de l’allaitement », qu’en quelques décennies l’allaitement a été mis à mal, notamment en raison de fausses croyances véhiculées en partie par les professionnels de santé de l’époque.
La science a dû reconstruire progressivement la « vérité » sur l’allaitement. Pilliot (2004), pédiatre, président de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), déclare : « Il est temps que l’allaitement maternel entre dans le domaine de la Connaissance (physiologie, implications sociales, économiques, affectives, etc.) et que ce ne soit plus seulement un phénomène de mode et de subjectivité ».
Il s’agit, non pas de faire pression ou de culpabiliser les mères, mais de lutter contre les préjugés et les fausses croyances en informant, afin que les familles puissent effectuer un choix éclairé.

La promotion de l’allaitement peut même être considérée comme un moyen de faire respecter les droits de la femme et les droits de l’homme, comme le souligne l’anthropologue Van Esterik (2012) :

> Les femmes qui souhaitent allaiter leurs enfants mais ne le peuvent pas - à cause du soutien insuffisant de leur famille ou des professionnels de santé, des contraintes liées à leur travail, ou de la désinformation répandue par l’industrie de l’alimentation infantile - sont opprimées et exploitées. Les groupes et les individus intéressés à se battre pour les droits des femmes et les droits de l’homme devraient agir pour changer cette situation, et reconnaître l’allaitement comme un droit de la femme.

3. Allaitement prolongé et rôle de la sage-femme en Suisse

Comme nous en avons déjà discuté dans ce travail, la sage-femme est en première ligne pour participer à la promotion et au soutien de l’allaitement prolongé. Selon la prise de position de la Fédération suisse des sages-femmes (1999) sur le domaine professionnel de la sage-femme en matière de conseil en allaitement :

> La sage-femme accompagne la femme enceinte dans la préparation à l’allaitement dans le cadre des cours de préparation à la naissance, des contrôles de grossesse et des entretiens de préparation à la naissance. Elle accompagne également la mère et l‘enfant après la naissance en fournissant des conseils en matière d’allaitement comme élément intégré des visites post-partum, en règle générale jusqu’à 10 jours après la naissance. Elle peut proposer également jusqu'à trois consultations d’allaitement jusqu'au sevrage.

Ainsi, la sage-femme a l’avantage d'être présente tout au long du projet d’allaitement des couples. En période prénatale, elle peut agir sur les représentations des couples avant même la genèse du projet d’allaitement, puis accompagner le projet d’allaitement jusqu’à sa réalisation. A la naissance, elle offre un soutien dans son initiation. Enfin, dans le post-partum, elle apporte un soutien moral et une expertise, notamment en cas de difficultés.
Ainsi, l'allaitement au long cours n’intéresse pas uniquement les sages-femmes indépendantes qui se rendent au domicile des femmes dans le post-partum tardif. Il

implique toutes les sages-femmes, qu'elles travaillent à l'hôpital ou en dehors, et quel que soit le moment où elle interviennent dans la période périnatale.

B. Soutenir l'allaitement prolongé

1. Formation des professionnels

Pour favoriser l'allaitement dans sa durée il serait profitable d'améliorer les formations initiales et continues sur le thème de l'allaitement, de tous les professionnels travaillant au contact des femmes et des enfants.
Le rôle des professionnels de santé est essentiel dans une société où le savoir-faire en terme d'allaitement ne se transmet souvent plus au sein de la famille, pour les raisons historiques que nous avons évoquées dans le cadre de référence de ce travail.
L'Association Espagnole de Pédiatrie (2015, p.3) précise le rôle des professionnels concernant l'allaitement prolongé :

> Le problème principal de l'allaitement maternel au-delà d'un an de vie est le rejet de la part de la société et des professionnels, de par leurs préjugés ou la méconnaissance de l'évidence scientifique actuelle. Il est important que chaque famille et chaque mère effectuent des choix éclairés. Si leur désir est de poursuivre l'allaitement, le devoir des professionnels est de les soutenir dans leur décision et leur donner les outils pour surmonter les difficultés qui peuvent surgir.

a. Formation de la sage-femme

Formation initiale

La sage-femme, en première ligne pour répondre aux besoins des femmes et des familles sur les questions d'alimentation du jeune enfant, doit comprendre et reconnaître les enjeux de l'allaitement prolongé.
Comme nous l'avons fait remarquer dans notre questionnement professionnel, la formation initiale de la sage-femme aborde avec précision la physiologie de la lactation, les bénéfices et les complications de l'allaitement et le sevrage. La pratique de l'allaitement au long cours n'est pas traitée dans le programme de la formation initiale et reste souvent étrangère aux sages-femmes.
Pourtant, la sage-femme doit pouvoir accompagner la femme dans son choix en terme d'alimentation de son enfant et favoriser l'allaitement sur une période « plus longue ». Comment pourrait-elle le faire si elle n'envisage pas l'allaitement passé un certain temps ? Sans connaissance sur le sujet, elle risque de se sentir mal à l'aise devant un enfant plus âgé allaité ou à l'évocation de ce sujet avec une famille, et alors d'intervenir en fonction de ses croyances personnelles.

L'étude de Cockerham-Colas et al. (2012) démontre que le niveau de connaissance des professionnels de santé sur ce sujet est en général très faible.
Le programme de la formation initiale de la sage-femme concernant l'allaitement devrait être complété, afin de fournir aux futures sages-femmes les outils indispensables à la promotion de cette pratique. En effet, Il est nécessaire que la sage-femme connaisse les

spécificités physiologiques de l'allaitement au long cours. Il serait également utile d'introduire au programme l'allaitement pendant la grossesse et ses implications: effets pour la mère et l'enfant, modification du lait en quantité et qualité, ou encore risques pour le fœtus en cas d'antécédents de fausse couche ou d'accouchement prématuré par exemple (Dowling, 2009). Le co-allaitement devrait être aussi inclus dans le programme.

Formation continue

La formation continue permet d'améliorer les compétences des sages-femmes et d'actualiser ses connaissances à la lumière de l'évidence scientifique. Les connaissances évoluent rapidement en matière d'allaitement. Il est important que les sages-femmes soient formées régulièrement.

Par exemple, en 2016, une seule formation continue sur l'allaitement est proposée par la Fédération suisse des sages-femmes en Suisse romande. Intitulée « Allaitement : soucis et solutions », elle est dispensée par une sage-femme consultante en lactation et concerne principalement la physiologie du démarrage de l'allaitement.
En Suisse, les hôpitaux « amis des bébés » ont mis en place une formation obligatoire sur l'allaitement. Nous pourrions envisager que toutes les maternités adoptent cette démarche. Quant aux sages-femmes indépendantes, il serait souhaitable que dans le cadre des 2 jours de formation continue obligatoire par an, elles se forment à l'allaitement au minimum tous les 5 ans.
La formation organisée devrait contenir un cours sur la durée de l'allaitement. Les participantes, après avoir reçu un contenu théorique, seraient encouragées à s'exprimer sur le sujet et à partager leurs représentations sur la pratique de l'allaitement prolongé.

b. *Formation des autres professionnels de la santé*

Les professionnels de la santé qui interviennent avant, pendant ou après la naissance n'ont pas toujours, sur l'allaitement prolongé, les connaissances suffisantes pour parler aux familles un langage commun, basé sur l'évidence scientifique et non sur leurs croyances personnelles.
Il est essentiel d'améliorer leurs connaissances afin qu'ils puissent soutenir les femmes qui allaitent au long cours.

L'allaitement prolongé devrait faire partie des programmes de formation initiale et continue destinés aux professionnels de la santé qui travaillent en contact avec les femmes et les enfants: médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, personnel soignant en maternité et en pédiatrie, diététiciens.

La sage-femme ou la consultante en lactation, actrices professionnelles centrales dans le domaine de l'allaitement, pourraient avoir la responsabilité de formations continues, comme c'est déjà le cas dans les hôpitaux « amis des bébés ».
Elles pourraient également intervenir dans les formations initiales des futurs professionnels de la santé, sous la forme de cours, ou encore d'opérations de sensibilisation.

A l'instar du projet de l'étude de Cockerham-Colas et al. (2012), la sage-femme pourrait organiser une exposition photographique au sein des Hautes Écoles de Santé où sont formées les futures sages-femmes, infirmières et diététiciens, ou dans les facultés de médecine où sont formés les futurs médecins généralistes, gynécologues et pédiatres. Cette étude a montré l'efficacité d'une telle intervention pour modifier les représentations sur l'allaitement prolongé.

c. Formation des professionnels de la petite enfance

Il est souhaitable que les structures d'accueil des nourrissons et de jeunes enfants offrent des conditions favorables à la poursuite de l'allaitement en informant les familles sur ce sujet dès leur inscription (conservation du lait maternel, possibilité d'allaiter sur place, etc.).

L'allaitement prolongé devrait être abordé lors de la formation initiale et continue des éducateurs de la petite enfance. En effet, confrontés à des mères qui allaitent au long cours, il est primordial que le personnel de crèche et les mamans de jour soient informés afin d'adopter une attitude soutenante et non jugeante auprès de ces femmes.
Si ces professionnels parviennent à aborder ce sujet sans tabou, et en connaissance de cause, ils peuvent apporter un soutien précieux à ces mères, qui concilient allaitement et travail.

2. Information auprès des couples et des familles

Quel serait le moment idéal pour sensibiliser les femmes et les familles au choix de l'alimentation pour leur enfant ? Selon Gribble (2008), la sensibilisation des couples à cette question devrait avoir lieu tout au long de la période périnatale.
Chaque étape émotionnelle, physiologique et relationnelle de la vie d'une future mère lui permet de construire ses représentations en matière d'alimentation de l'enfant. La grossesse est un moment clé pour en parler. Les couples expriment un réel besoin d'écoute. Les informations qu'ils vont recevoir vont influer sur le choix des femmes d'allaiter ou non, sur les pratiques d'initiation et la durée de l'allaitement, sur l'image positive ou négative qu'ils vont transmettre à leur entourage. Les sources et les vecteurs d'informations sont aujourd'hui multiples, souvent incomplets, voire erronés. Il est indispensable que les sages-femmes soient les référents auprès desquels les couples trouvent une information de qualité, à jour des recommandations nationales.

a. Suivi de grossesse

Les consultations de grossesse ont pour objectif de s'assurer du bien-être fœtal et maternel; les sages-femmes, contraintes par le temps, peuvent difficilement fournir une information complète sur l'allaitement à ce moment.

Toutefois, lors du suivi de grossesse, la sage-femme est amenée à accompagner des couples qui ont le projet d'allaiter longtemps. Certains peuvent être très bien informés, mais d'autres auront besoin d'informations basées sur l'évidence et d'un soutien pour

mener à bien leur projet. Ainsi, la sage-femme se trouve au premier plan. Les informations apportées devront être claires, complètes, exactes et s'appuyer sur les recommandations nationales, permettant ainsi au couple de faire un choix éclairé.
D'autre part, la sage-femme doit avoir une bonne connaissance du réseau d'information et de soutien : publications, sites internet, groupes de mères comme La Leche League, etc. (Dowling, 2009).

Elle peut également être amenée à accompagner des femmes enceintes qui allaitent toujours un aîné. Or, comme nous l'avons vu précédemment, la femme qui allaite son enfant sur une période « plus longue », est souvent mal perçue et cache souvent sa pratique de peur des réactions négatives des soignants, d'autant plus si elle est enceinte. La sage-femme doit donc aborder ce sujet sans tabou, afin que la femme se sente en confiance pour partager son expérience et poser les questions dont elle a besoin. Lors de l'anamnèse obstétricale classique, la sage-femme pose la question suivante si la femme a déjà allaité, « combien de temps avez-vous allaité ? », ce qui sous-entend que l'allaitement du dernier né est terminé. On pourrait envisager de poser plutôt la question suivante : « allaitez-vous toujours ? » ou « comment se passe votre allaitement ? ». Formulée ainsi, cette question permettrait aux femmes qui allaitent leur enfant plus grand d'en parler en toute confiance. Quant aux femmes qui ont sevré tôt, elles réagiront peut-être avec étonnement à la question. Cela pourrait soulever un sujet de discussion sur le thème de l'allaitement prolongé et fournir une occasion d'information et de sensibilisation.

b. Préparation à la naissance et à la parentalité et séances d'information

Un des objectifs spécifiques de la préparation à la naissance et à la parentalité devrait être d'aider les femmes à décider du mode d'alimentation de leur enfant. Ce temps est un espace privilégié pour répondre à leurs questions, interroger leurs représentations, soutenir leurs capacités et aborder l'allaitement.

Actuellement, les séances d'information sur l'allaitement proposées aux femmes et aux familles pendant leur grossesse se concentrent principalement sur le démarrage de l'allaitement ainsi que sur ses avantages et inconvénients versus ceux de l'alimentation au lait artificiel. Il serait utile de repenser le contenu et l'organisation de ces séances d'informations pour promouvoir un allaitement à plus long terme.

Pour favoriser un allaitement sur une durée plus longue, l'allaitement devrait être abordé de façon plus globale. Nous pensons qu'il serait utile de transmettre aux femmes et aux couples des notions historiques, anthropologiques et socio-culturelles sur l'allaitement, ainsi que des informations sur l'allaitement au long cours, ses bénéfices, sur le co-allaitement, le sevrage mené par l'enfant, et les risques du sevrage précoce. Ces nouvelles informations seraient susceptibles de changer le regard des femmes sur cette pratique et de les impliquer plus largement.
Par ailleurs il serait bénéfique de favoriser le dialogue autour des difficultés que pourraient rencontrer ces femmes, comme la notion de pudeur par exemple. La pudeur peut représenter un frein à l'allaitement. En effet, certaines femmes, de crainte d'avoir à allaiter devant des inconnus, des amis ou des membres de sa famille pourraient y renoncer.

Lors de ces séances, nous pourrions encourager les femmes à partager leurs points de vue et leurs représentations sur la durée de l'allaitement. La diversité socio-culturelle qui existe en général dans ces groupes amène une plus grande variété de représentations, favorisant le partage d'idées.

Nous pourrions encourager d'autres membres de la famille à y participer, comme par exemple la mère ou la belle-mère, afin qu'ils soient eux aussi sensibilisés.

Nous avons vu précédemment que l'opinion des conjoints concernant l'allaitement est cruciale, tant dans la décision d'allaiter que dans celle de poursuivre l'allaitement. La sensibilisation générale, des mesures spécifiques d'informations visant les pères seraient sûrement bénéfiques à la poursuite de l'allaitement. Le père, acteur de soutien principal de la femme qui allaite, doit donc avoir la possibilité d'être associé aux informations par une offre adaptée à ses contraintes professionnelles.

Par ailleurs, nous pensons que la présence, lors de ces séances, de femmes pratiquant ou ayant pratiqué l'allaitement prolongé serait un moyen efficace de sensibiliser les femmes et les familles à cette pratique.

c. Brochures, supports visuels et recommandations

Les supports d'informations sur l'alimentation du jeune enfant sont aujourd'hui multiples, souvent incomplets, voire erronés, se basant encore sur des habitudes culturelles plutôt que sur l'évidence scientifique. En effet, nous avons pu observer dans ce travail que l'allaitement après un certain âge (en général 6 mois), n'a pas la visibilité attendue dans les brochures sur l'alimentation destinées aux parents.
Il serait utile de repenser ces supports d'informations au vu des recommandations actuelles basées sur l'évidence scientifique, afin de rétablir l'allaitement à sa juste place. Il serait important d'introduire, dans le matériel de promotion de l'allaitement et dans les médias, des images d'enfants de plus d'un an au sein.
Les sages-femmes pourraient participer à la conception de supports pédagogiques en collaboration avec d'autres acteurs de la santé de la femme et de l'enfant (médecin, nutritionniste, etc.).

Certains pays d'Europe, comme l'Italie ou l'Espagne, ont émis des recommandations spécifiques pour l'allaitement prolongé. Ainsi, le groupe de travail interdisciplinaire sur l'allaitement du Ministère de la santé italien (2014) déclare : « Nous invitons à reconnaître la valeur d'un choix naturel, informé et serein de la femme qui allaite longtemps. C'est un choix privé, mais qui représente en même temps une valeur sociale précise ».
Cette démarche est essentielle pour une meilleure visibilité et acceptation de cette pratique. Il serait, dans ce sens, utile de travailler à l'écriture de ces recommandations en Suisse.

3. Sensibilisation du grand public

Les femmes qui allaitent au long cours sont souvent incomprises et stigmatisées par les professionnels de santé, mais aussi par leur entourage et par la société en général.

Organiser des campagnes de communication sur l'allaitement prolongé à destination du grand public, participerait activement à la démocratisation de cette pratique. La population, une fois familiarisée avec cette pratique et informée de ses bénéfices, pourrait plus facilement soutenir les femmes et les familles investies dans ce projet. Aujourd'hui, dans les sociétés industrialisées, nous ne sommes plus habitués à voir des femmes allaitant des enfants plus âgés ; lorsque nous sommes face à cette pratique, elle nous semble alors étrange, voire choquante. Pour sensibiliser la population, il semblerait prioritaire que les personnes soient confrontées à des représentations visuelles d'allaitement au long cours. Cependant, d'après les résultats de l'étude de Dowling (2013), cette sensibilisation doit se faire de manière progressive pour ne pas choquer les esprits. Il existe déjà des exemples de représentations d'allaitement prolongé où des femmes sont photographiées en allaitant leur enfant « plus âgé », à destination du grand public (Annexes 2 et 3).

Les sages-femmes pourraient participer à la création de ce type de supports visuels à destination du grand public. Ces créations pourraient prendre la forme d'expositions photographiques, de films documentaires ou de livrets mis à disposition dans différents lieux stratégiques.
D'autre part, mettre en place une éducation en milieu scolaire auprès des parents de demain contribuerait également à une prise de conscience positive de l'allaitement prolongé. Selon une étude de Gribble (2009), l'apprentissage de l'allaitement peut se faire dès l'enfance. Des études ont démontré que les enfants avaient peu de connaissances sur l'allaitement et considéraient que le biberon était la manière par défaut de nourrir un bébé (Russell et al., 2004).
Selon de Boisse (2010), pédiatre :

> Les enfants passent près de seize années à l'école et aussi pas mal d'années en faculté pour les plus chanceux. Pas une seule minute d'information sur l'allaitement, base du développement de l'enfant et du futur adulte, ne leur est fournie. [...] Quand on sait que 60 % des mères choisissent le mode d'alimentation de leur enfant avant leur première grossesse, sans aucune réelle information, on peut considérer que la sensibilisation dès l'adolescence peut être prépondérante.

Comme nous l'avons vu précédemment, la crainte d'allaiter en public est une barrière à l'allaitement et à sa poursuite dans le temps. Une femme qui allaite devrait avoir la possibilité de donner le sein quel que soit l'endroit où elle se trouve (café, restaurant, magasin, transports etc.). Les mères devraient pouvoir allaiter librement leur enfant durant leurs pauses au travail si elles le peuvent, ou lorsqu'elles viennent chercher leur enfant en fin de journée sans crainte d'être jugées ou critiquées.

Des nouveautés « marketing » permettent aujourd'hui aux femmes d'allaiter plus discrètement (différents modèles de capes d'allaitement, applications smartphone « Mamamap », lieux spéciaux « allaitement»). Cela peut certainement aider les femmes en recherche de discrétion à mieux vivre leur allaitement, mais on peut s'interroger sur les conséquences à long terme de ce genre d'outils, car dissimuler l'allaitement n'aide certainement pas à augmenter sa visibilité et à le normaliser.

4. Favoriser l'empowerment

La sage-femme reconnaît la femme et sa famille comme ayant les compétences pour participer activement aux décisions qui les concernent. Dans sa pratique, elle applique implicitement le concept d'empowerment. Ce concept est défini par une attitude pro-active à l'égard du soutien aux parents par la reconnaissance des compétences parentales (Dunst, Paget, 1991). L'empowerment favorise une relation égalitaire où la sage-femme adopte une attitude non autoritaire. Elle considère la mère comme une participante active, une collaboratrice à la recherche de son autonomie.
Par cette approche dans les soins, les personnes gagnent la maîtrise de leur vie par la reconnaissance de leurs forces personnelles et le soutien de leurs capacités. Elles acquièrent ainsi un sentiment de contrôle sur leur vie via l'augmentation de leurs compétences (Gibson, 1995).
Afin d'effectuer des choix éclairés, la femme a besoin d'informations complètes, pertinentes et objectives au sujet des risques, bénéfices et options disponibles. La sage-femme doit maintenir ses connaissances à jour et adopter une pratique basée sur des données probantes. Elle favorisera, dans ce sens, l'autodétermination des femmes en terme d'allaitement.
Elle peut également encourager leur participation à des groupes de parole de mère à mère. Ces réunions entre pairs, basées sur le partage d'expériences, renforceront leur confiance.

5. Engagement et prise de position

Selon le code international de déontologie des sages-femmes, « les sages-femmes participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de santé visant la promotion de la santé des femmes et des familles qui s'agrandissent » (Confédération internationale des sages-femmes, 1993).
Ainsi, la sage-femme a un rôle à jouer dans l'élaboration des politiques de santé, notamment à travers des associations professionnelles comme la Fédération Suisse des Sages-femmes, ou encore l'Arcade des sages-femmes à Genève.

Les sages-femmes devraient prendre position pour l'allaitement prolongé et reconnaître son importance, afin de favoriser la santé des femmes et de leurs enfants. Elles devraient informer les femmes sur leurs droits. Un exemple récent de changement législatif est l'entrée en vigueur en juin 2014 de la révision de l'Ordonnance 1 relative à la loi sur le travail qui fixe le principe de la rémunération des temps consacrés à l'allaitement (Promotion Allaitement Maternel Suisse, 2015).

Selon une étude de Swartz (2002), la principale raison exprimée par les mères pour un arrêt de l'allaitement est la reprise du travail, en-dehors des arrêts précoces non prévus par la mère (douleur de mamelons, perception d'un manque de lait, prise de médicaments). En Suisse, l'étude SWIFT (2014) confirme que l'exercice d'une activité professionnelle est un facteur qui influe négativement sur la durée de l'allaitement.
Nous pouvons souligner que la semaine mondiale de l'allaitement maternel en septembre 2015 portera sur le travail, sous le slogan : «Allaitement et travail - retroussons les manches !» Elle a pour but d'appeler tous les milieux intéressés à renforcer leur soutien

aux employées qui allaitent, à inciter les entreprises à créer des conditions de travail favorables aux mères et à l'allaitement et à motiver les femmes à poursuivre l'allaitement après la reprise du travail (Fédération suisse des sages-femmes, 2015).

Les sages-femmes devraient militer en faveur de la protection de l’allaitement au travail, dans les crèches, chez les mamans de jour et dans les lieux publics. Elles devraient se positionner en faveur d’une augmentation de la durée du congé de maternité rémunéré.

X. Conclusion

L'allaitement prolongé est aujourd'hui reconnu, dans la littérature scientifique, comme une pratique de maternage bénéfique pour la santé physique et psychique de la mère et de l'enfant. De plus, les critiques qui ont pu être invoquées à son encontre se sont avérées sans fondement scientifique.
C'est pourquoi les organismes de santé public internationaux recommandent une durée d'allaitement jusqu'aux deux ans de l'enfant, voire plus.
Cependant, allaiter son enfant de façon prolongée demeure mal accepté dans nos sociétés industrielles. Cette pratique est même désapprouvée par de nombreux professionnels de santé.
Ce paradoxe nous a intéressées et amenées à choisir ce sujet pour notre travail de Bachelor, afin d'en comprendre les enjeux.

Les recherches en anthropologie biologique précisent que le sevrage précoce, pratiqué couramment dans nos pays industrialisés, n'est pas justifié du point de vue de la physiologie humaine. Elles estiment la norme biologique humaine de la durée de l'allaitement entre deux ans et demi et sept ans.
D'autre part, l'allaitement prolongé demeure aujourd'hui la norme en terme d'alimentation de l'enfant dans les sociétés « traditionnelles » et de nombreux pays en développement.

La stigmatisation sociale décrite par les mères qui pratiquent l'allaitement prolongé, s'explique principalement par ce choix contraire à la tendance dominante au sevrage précoce. Cette pratique ayant été abandonnée dans notre culture actuelle alors qu'elle était commune de l'Antiquité à l'ère industrielle, nous ne disposons plus de modèle d'allaitement prolongé.
Aujourd'hui, dans les pays industrialisés, une minorité de mères font le choix de prolonger leur allaitement plusieurs années. Cette décision, non dictée par une tradition culturelle, s'inscrit le plus souvent dans une certaine philosophie de maternage, connu sous le nom de maternage proximal (« attachment parenting »).

Pour mieux percevoir les problématiques rencontrées par ces femmes, nous nous sommes intéressées dans notre revue de littérature, à leur vécu, à l'expérience qu'elles font en allaitant leur enfant « longtemps ».
Les résultats de notre recherche montrent que les femmes ont un vécu positif. Cependant, la principale difficulté à laquelle elles doivent faire face est la stigmatisation sociale, qui augmente avec l'âge de l'enfant. En effet, ces mères reçoivent critiques et jugements de la part de l'entourage, des professionnels de santé et de la société en général. Pour échapper à ces réactions négatives, les femmes sont contraintes d'adopter diverses stratégies : dissimuler leur allaitement, rechercher du soutien auprès de groupes de pairs, etc.

Pour améliorer le vécu de ces mères, nous devrions œuvrer pour un contexte social plus favorable. En effet, c'est le regard porté sur l'allaitement prolongé qui devrait changer. Des actions devraient être mises en œuvre afin de faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement prolongé et par conséquent les attitudes à l'égard des femmes qui allaitent « longtemps ».

Notre revue de littérature propose des stratégies pour démocratiser la pratique de l'allaitement prolongé: augmenter la visibilité de cette pratique dans la société, informer les familles et former les professionnels, sensibiliser la population en général grâce à des supports visuels et informatifs.

Les femmes qui allaitent longtemps mériteraient d'être valorisées et soutenues par la société et en particulier par les professionnels de santé. La sage-femme, en première ligne pour participer à la promotion et au soutien de l'allaitement prolongé, occupe une place centrale pour accompagner les couples dans leur projet d'allaitement et défendre leur choix.

D'autre part, l'allaitement prolongé, pratique qui bénéficie à la société entière d'un point de vue économique (baisse des dépenses de santé, des familles et des employeurs) et écologique, mériterait l'attention et le soutien des instances politiques de santé nationales. Ces dernières décennies, les efforts déployés dans les pays industrialisés pour la promotion de l'allaitement dans les premiers mois de vie de l'enfant se sont avérés efficaces. Le prochain défi à relever est l'acceptation sociale de l'allaitement d'enfants plus âgés.
En Suisse, les recommandations d'organismes de santé font peu mention de l'allaitement prolongé, contrairement à d'autres pays européens (comme l'Italie et l'Espagne) qui soutiennent les familles qui font ce choix, en émettant des recommandations claires en faveur de cette pratique.

Par ailleurs, il est important de rappeler que l'allaitement, n'étant plus aujourd'hui une condition à la survie de l'espèce, correspond à un choix individuel, propre à chaque femme et chaque famille. Cette décision, influencée par un savoir, des traditions et des représentations personnelles devrait être respectée.

Nous espérons que ce travail participera à une prise de conscience collective de l'importance du soutien à apporter aux femmes qui font le choix d'allaiter un enfant plus âgé, et qu'il contribuera à une meilleure acceptation et à une valorisation de cette pratique.
Nous pensons qu'il n'est pas acceptable que l'allaitement prolongé soit perçu comme une pratique inutile, bizarre ou honteuse. Nous espérons que les femmes n'auront bientôt plus à se cacher pour donner le sein à leur enfant en public et pourront allaiter librement et aussi longtemps qu'elles le désirent.

XI. Bibliographie

A. Liste de références bibliographiques

Agence de la santé publique du Canada (2014). *L'allaitement et la nutrition du nourrisson*. Accès http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/index-fra.php

Agence française de sécurité sanitaire des aliments. (2004). *La santé vient en mangeant : le guide nutrition de la naissance à trois ans* [Brochure]. Accès http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/890.pdf

Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna (2015). *Lactancia materna en niños mayores o "prolongada"*. Accès http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones-comite-lactancia-materna

Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna (2015). *Lactancia materna y caries.* Accès http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendacion_lm-caries.pdf

Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna (2014). *Lactancia materna prolongada* [Vidéo en ligne]. Accès http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/videoshttp://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/videos

Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna*. Accès http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna

Association genevoise pour l'alimentation infantile. (2015). Malgré les apparences, la Suisse n'offre pas un contexte très favorable à l'allaitement maternel, avec une application très restreinte du Code International. Accès http://www.gifa.org/suisse/

Aubert-Godart, A., Ben Soussan, P., Didierjean-Jouveau, C.S., Ekoue, L., Roques, N. & Thirion, M. (1999). *Allaiter*. Ramonville-Saint-Agne: Erès.

Badinter, E. (2010). *Le Conflit: la femme et la mère*. Paris: Flammarion.

Bartick, M. C., Stuebe, A. M., Schwarz, E. B., Luongo, C., Reinhold, A. G., & Foster, E. M. (2013). Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, *122*(1), 111-119.

Beaufrère, B., Bresson, J. L., Briend, A., Ghisolfi, J., Goulet, O., Navarro, J., ... & Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. (2000). La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres.... *Archives de pédiatrie*, *7*(11), 1149-1153.

Bitoun, P. (1994). Valeur économique de l'allaitement maternel. *Les Dossiers de l'obstétrique*, *216*, 10-13.

Bolling, K., Grant, C., Hamlyn, B., & Thornton, A. (2007). Infant Feeding Survey 2005. *The Information Centre for Health and Social Care: London*. Accès www.ic.nhs.uk/pubs/ifs2005

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis, 39,* 350–373.

Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte, Tome 1, L'attachement*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bruyn, M-L. (2013). *Expériences des femmes autour de l'allaitement maternel prolongé.* (Thèse de médecine. Faculté de médecine de l'Université de Caen). Accès http://coordination-allaitement.org/images/informer/experiences_de_femmes_autour_de_l_allaitement_maternel_prolonge_.pdf

Bryant, T. (2012). Tandem Nursing: A Review and Guidelines. *International Journal of Childbirth Education*, *27*(4).

Buckley, K. M. (1992). Beliefs and practices related to extended breastfeeding among La Leche League mothers. *The Journal of Perinatal Education, 1*(2), 45-53.

Bumgarner, N. J. (2006). *La mère, le bambin et l'allaitement*. Charlemagne (Québec): Ligue La Leche.

Büskens, P. (2001). The Impossibility of « Natural Parenting » for Modern Mothers: On Social Structure and the Formation of Habit. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, *3*(1).

Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B., & Guzman, L. R. (2005). Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public health nutrition*, *8*(01), 39-46.

Cetin, I., Assandro, P., Massari, M., Sagone, A., Gennaretti, R., Donzelli, G., ... & Davanzo, R. (2013). Breastfeeding during Pregnancy Position Paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *Journal of Human Lactation*. doi: 0890334413514294.

Cockerham-Colas, L., Geer, L., Benker, K., & Joseph, M. A. (2012). Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, *7*(3), 143-150.

Cohen, R., Mrtek, M. B. & Mrtek, R. G. (1995). Comparaison of maternel absenteism and infant illness rates among breast-feeding formulafeeding women in two corporation. *American Journal of Health Promotion, 10* (2), 148-153.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological

studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet*, *360*(9328), 187-195.

Colombet, C. (2009). *L'allaitement long se cache-t-il ? (des professionnels de santé).* (Mémoire non publié). Association des Consultants en Lactation Professionnels de Santé.

Commons, M. L. & Miller, P. M., (1998). Emotional learning in infants: a cross-cultural examination, paper presented at the American Association for the Advancement of Science, Philadelphia, PA.

Confédération internationale des sages-femmes. (1993). *Code international de déontologie des sages-femmes.* Accès http://www.hebamme.ch/fr/heb/shv/papers.cfm

Daniels, M. C., & Adair, L. S. (2005). Breast-feeding influences cognitive development in Filipino children. *The Journal of nutrition*, *135*(11), 2589-2595.

De Azevedo Barros Filho, A., Diez Castilho, S. (2010). The history of infant nutrition. *Jornal de Pediatria by Sociedade Brasileira de Pediatria, 86*(3).

De Boisse, P. (2010). *Allaitement maternelle et développement durable*. Aubagne: Editions Gramond.

Dettwyler, K. A. (1995). A time to wean. In: P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Dir.), *Breastfeeding: biocultural perspectives* (pp. 39-73). New York: Aldine de Gruyter.

Dettwyler, K. A. (1995). Beauty and the breast. In: P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Dir.), *Breastfeeding: biocultural perspectives* (pp. 167-215). New York: Aldine de Gruyter.

Didierjean-Jouveau, C. S. (2001). *Téter et grandir.* Accès http://www.lllfrance.org/Feuillets-de-LLL-France/Teter-et-grandir.html

Didierjean-Jouveau, C. S. (2003). L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? *Spirale, 27*, 139-147.

Didierjean-Jouveau, C.S. (2009). *Petit guide de l'allaitement pour la mère qui travaille.* Paris : Jouvence.

Dowling, S. (2009). Women's experiences of long-term breastfeeding. *Pract Midwife, 12*(10), 24-5.

Dowling, S., & Brown, A. (2013). An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter?. *Breastfeeding Medicine*, *8*(1), 45-52.

Dunst, C. J. & Paget K. D. (1991). Parent-professional partnerships and family empowerment. *Clinical Psychology Publishing Compagny Inc*., 25-43.

Eiger, M.S., Wendkos Olds, S. (1999). *The complete book of breastfeeding*. New York: Workman Publishing

Faircloth, C. (2013). *Militant Lactivism?*. New York: Berghahn Books.

Faircloth, C. R. (2010). 'If they want to risk the health and well-being of their child, that's up to them': Long-term breastfeeding, risk and maternal identity. *Health, Risk & Society*, *12*(4), 357-367.

Fédération suisse des sages-femmes. (2015). *Actualités pour les membres*. http://www.hebamme.ch/fr/heb/act/

Fergusson, D. M. & Woodward, L. J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and perinatal epidemiology*, *13*(2), 144-157.

Fine, A. (1994). Le lait « contrarié ». In P. Gillet (Dir.). *Mémoires lactées. Blanc, bu, biblique : le lait du monde* (p. 222). Paris: Autrement.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing*, *21*(6), 1201-1210.

Goldman, A.S., Goldblum, R. M. & Garza, C. (1983). Immunologic components in human milk during the second year of lactation. *Acta Paediatrica*, *72*(3), 461-462.

González, C. (2006). *Un regalo para toda la vida: Guía de lactancia materna.* Madrid: Ediciones Planeta.

Gribble, K. D. (2006). "Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers." *Int Breastfeed*, 5.

Gribble, K. D. (2008). Long-term breastfeeding; changing attitudes and overcoming challenges. *Breastfeeding Review*, *16*(1), 5.

Gribble, K. D. (2009). « As good as chocolate'and 'better than ice cream »: how toddler, and older, breastfeeders experience breastfeeding. *Early Child Development and Care*, *179*(8), 1067-1082.

Guedes, S. (2015). L'allaitement quand il dure. *Grandir Autrement, 53*, 60-62.

Guttman, N. (2000). *Public Health Communication Interventions*. Londres: Sage.

Hannan, A., Li, R., Benton-Davis, S. & Grummer-Strawn, L. (2005). Regional variation in public opinion about breastfeeding in the United States. *Journal of human lactation*, *21*(3), 284-288.

Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G., & Plagemann, A. (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, *162*(5), 397-403.

Herrscher, E. (2013). Détection isotopique des modalités d'allaitement et de sevrage à partir des ossements archéologiques. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, *48*(2), 75-85.

Herzog Evans, M. (2013). Féminisme biologique, allaitement et travail, une nouvelle forme d'autodétermination des femmes. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, (3).

Hewlett, S.A. (2014). *Child Neglect in Rich Nations*. New York: UNICEF, 1993.

Hills-Bonczyk, S. C., Tromiczak, K. R., Avery, M. D., Potter, S., Savik, K., & Duckett, L. J. (1994). Women's experiences with breastfeeding longer than 12 months. *Birth*, *21*(4), 206-212.

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2009). *Du lait...aux petits plats. Comment diversifier l'alimentation de votre enfant ? Conseils pratiques [Brochure].* Genève: s.n.

Indström, B., Ericksson, M. (2012). *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé.* Québec: Presses de l'Université Laval.

Kamnitzer, R. (2009). Breastfeeding in the land of Genghis Khan. *Mothering Magazine, 155.*

Kendall-Tackett, K. (2007). A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *Int Breastfeed J*, *2*(6), 19.

Kendall-Tackett, K. (2012). The Quiet Underground Is Quiet No More Extended Breastfeeding Is Officially Out of the Closet. *Clinical Lactation*, *3*(3), 89-90.

Kendall-Tackett, K. (2015). *Why Breastfeeding Is Good for Mothers' Mental Health. Breastfeeding today*. Accès http://breastfeedingtoday-llli.org/why-breastfeeding-is-good-for-mothers-mental-health/

Kendall-Tackett, K. A., & Sugarman, M. (1995). The social consequences of long-term breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, *11*(3), 179-183.

Kramer, M.S. & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *CochraneDatabase Syst Rev,* 1.

La Leche League France. (2014) L'allaitement quand il dure (longtemps), allaiter un enfant de plus de 3 ans, récits. *Allaiter aujourd'hui* (hors-série).

La Leche League. (2013). *Promotion et protection de l'allaitement : actions et recommandations.* Accès http://www.lllfrance.org/Promotion-et-protection-de-l-allaitement/Promotion-et-protection-de-l-allaitement-actions-et-recommandations.html#ac

Lacroix, V. (2013). *Allaitement long.* Accès http://leblogallaitement.com/allaitement-long/

Lansinoh Laboratories, Inc. (2014). *The 2014 Lansinoh Global Breasfeeding Survey*. Accès https://www.lansinoh.com/globalsurvey

Laronche, M. (2010; 16 janvier). Plus près de toi, mon bébé. *Le Monde*. Accès http://www.lemonde.fr/vous/article/2010/01/16/le-maternage-proximal-fait-des-adeptes-et-provoque-la-controverse_1292686_3238.html#wLp5piLmGwe7WVjP.99

Larrère, C. (2012). L'écoféminisme: féminisme écologique ou écologie féministe. *Tracés*, (1), 105-121.

Larsson, E., & Dahlin, K.G. (1985). The prevalence and the etiology of the initial dummy- and finger-sucking habit. *American Journal of Orthodontics, 87*(5), 432–435.

Lazaro, R. (1986). Feminism and matherhood : O'Brein vs Beauvoir. *Hypatia, 1*(2), 96.

Liaudet, J-C. (1998). *Dolto expliquée aux parents*. Paris : L'Archipel

Lighezzolo-Alnot, J., Boubou, F., Souillot, C., & de Tychey, C. (2005). Allaitement prolongé et ratés du sevrage: réflexions psychodynamiques. *Cliniques méditerranéennes, 72,* 265-280.

Loi du 7 avril 2006 sur la santé. (=LS; RSG K 1 03)

Loras-Duclaux, I. Info-allaitement. (2000). *La promotion de l'allaitement maternel.* Accès http://www.info-allaitement.org/promotion-de-l-allaitement.html

Lorenz, K. (1975). *L'envers du miroir*. Paris : Flammarion.

Maher, V. (1992). *Anthropology of Breast-Feeding: Natural Law Or Social Construct* (Vol. 3). Berg Publishers.

Martins, E. J., & Giugliani, E. R. J. (2012). Which women breastfeed for 2 years or more? *Jornal de pediatria*, *88*(1), 67-73.

Miller, P. M., & Commons, M. L. (2010). The benefits of attachment parenting for infants and children: A behavioral developmental view. *Behavioral Development Bulletin*, *16*(1), 1.

Ministère de la santé et des services sociaux américain. (2015). *Increase the proportion of infants who are breastfed at 1 year.* Accès https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/Search-the-Data?nid=4861

Ministère de la santé italien. Groupe de travail interdisciplinaire pour la promotion de l'allaitement (2014). *Allattamento al seno oltre il primo anno di vita e benefici per lo*

sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale del bambino. Accès http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2113_allegato.pdfmaternel

Morel, M.F. (2006). *Une histoire de l'allaitement.* Paris: Editions de la Martinière.

Newman, J. (2005). Allaiter un bambin: texte de la conférence de la Journée Internationale de l'Allaitement. Dossiers de l'allaitement (hors série). Accès http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-Hors-serie-sur-la-JIA-2005-Allaiter-un-bambin-Dr-Jack-Newman.html

Neyrand, G. (2011). *L'enfant, la mère et la question du père*. Paris: Presses Universitaires de France.

Northrup, C. (1998). *Women's bodies, women's wisdom*. New York: Bantam Books.

Obihara C. C. et al. (2007). L'allaitement quand il dure. *Allaiter aujourd'hui*, 70.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV). (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study . Étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie.* Accès http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/swifs/ExecutiveSummary_SWIFS_FR.pdf

Office Fédéral de la Santé Publique. (2014). *Recueil d'indicateurs du Système de monitorage alimentation et activité physique (MOSEB)*. Accès http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07864/index.html?lang=fr

OMS (1981). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.* Accès http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_french.pdf

OMS (2000). *Complementary Feeding Family foods for breastfed children.* Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66389/1/WHO_NHD_00.1.pdf?ua=1&ua=1

OMS (2003). *Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein*. Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/fr/

OMS. (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation.* Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1

OMS. (2015). *Allaitement maternel exclusif.* Accès http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/

OMS. (2015). *Breastfeeding.* Accès http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/

Pasche, G. Florence.(2015). The in/visibility of mothering against the norm in francophone contexts: Private and public discourses in the mediation of “natural parenting.”. *Canadian Journal of Communication*, *40*(1), 105-124.

Pickert, K. (2012, 21 mai). “Are You Mom Enough?”. *Time Magazine.* Accès www.time.com/time/covers/0,16641,20120521,00.html

Pilliot, M. (2004). *Allaitement maternel: état des lieux en France et en Europe* [Présentation PowerPoint]. Accès http://www.grandetetee.com/allaitement/Allaitement-Maternel-etat-des-lieux-mars2004.pdf

Piovanetti, Y. (2001). Breastfeeding Beyond 12 Months. *Pediatric Clinics of North America, 48* (1), 199-206.

Prieur, R. (2008). Préambule: plaidoyer pour une proximité non exclusive. *Spirale*, *46*(2), 15-18.

Promotion allaitement maternel suisse. (2015). *L’allaitement maternel et travail*. Accès: http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=arbeit&lang_iso639=fr

Promotion allaitement maternel suisse. (2015). *Qui sommes-nous.* Accès http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=stiftung&lang_iso639=fr

Razurel, C. (2003). Les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes. *Recherche en soins infirmiers,12,* 121-144.

Reamer, S. B. & Sugarman, M. (1987). Breastfeeding beyond six months: mothers’ perceptions of the positive and negative consequences. *Journal of tropical pediatrics*, *33*(2), 93-97.

Rempel, L.A. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *Journal of Human Lactation*, *20*(3), 306-318.

Robisch, J.E. (2014). *To Three and Beyond: Stories of Breastfed Children and the Mothers Who Love Them*. S.I.: Praeclarus Press.

Roques, N. (2003). *Allaitement maternel et proximité mère-bébé*. Paris: Erès.

Roy, M. R. (2006). La lactancia materna en el niño mayor. *Medicina naturista*, (10), 168-174.

Russell, B., Richards, H., Jones, A., & Hoddinott, P. (2004). « Breakfast, lunch and dinner »: Attitudes to infant feeding amongst children in a Scottish primary school. A qualitative focus group study. *Health Education Journal*, *63*(1), 70-80.

Sandre-Pereira, G. (2005). La Leche League: des femmes pour l'allaitement maternel (1956–2004). *Clio*, *21*, 174.

Schwartz, K., D Arcy, H. J., Gillespie, B., Bobo, J., Longeway, M., & Foxman, B. (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *Journal of Family Practice*, *51*(5), 439-444.

Sears W., Sears, M., Sears, R., Sears, J. (2013). *The Baby Book*. S.I.: Little, Brown and Company.

Secrétariat d'Etat à l'économie. (2014). *Durée du travail en cas de grossesse et de maternité ; temps consacré à l'allaitement (art. 35 et 35a, LTr)*. Accès http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00009/00027/01835/index.html?lang=fr

Sichtermann, B. (1986). *Feminity, the Politics of the Personnal*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Sinnott, A. (2011). *Allaités... des années*. Villiers-sur-Marne: Editions du Hêtre.

Small, M. (1998). *Our babies, ourselves: how biology and culture shape the way we parent*. New York: Doubleday.

Société Suisse de Nutrition. (2012). *L'alimentation du nourrisson durant la première année de vie* [Brochure]. Berne: Société Suisse de Nutrition.

Société Suisse de Pédiatrie. (2009). *Recommandations pour l'alimentation du nourrisson 2009. Paediatrica, 20* (5).

Stearns, C. A. (2011). Cautionary tales about extended breastfeeding and weaning. *Health Care for Women International*, *32*(6), 538-554.

Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., & O'Callaghan, M. J. (2009). Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*, *123*(2), 483-493.

Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J. E., & Michels, K. B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *Jama*, *294*(20), 2601-2610.

Tchaconas, A. E. (2014). Maternal Ratings of Factors That Influenced Their Decision to Breastfeed Beyond 1 Year of Age. In *2014 AAP National Conference and Exhibition*. American Academy of Pediatrics.

The Attached Family. (2015). *Grad student's project educates health care professionnals on extended nursing*. Accès http://theattachedfamily.com/?article=grad-students-project-educates-health-care-professionals-on-extended-nursing

Thirion, M. & Piloti, V. (2011). Allaitement long et identité sexuée : état des lieux des discours français. In M. Dugnat (Dir.), *Féminin, masculin, bébé.* (pp. 67-75). Toulouse :Eres

Thirion, M., Challamel, M-J. (1995). *Le sommeil, le rêve et l'enfant*. Paris: Albin Michel.

UNICEF. (2014). *Global database*. Accès http://data.unicef.org/nutrition/iycf

Unité de surveillance périnatale et nutritionnelle (Uspen). (2014). *Épifane 2012-2013. Durée de l'allaitement maternel en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 450 (27)*

Wilson-Clay, B. (1990). Extended breastfeeding as a legal issue: An annotated bibliography. *Journal of Human Lactation*, *6*(2), 68-71.

Winnicott, D. W. (2011). *La relation parent-nourrisson*. Paris: Payot.

Wrigley, E. A., & Hutchinson, S. A. (1990). Long-term breastfeeding: The secret bond. *Journal of Nurse-Midwifery*, *35*(1), 35-41.

Young, I. (1990). *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory*. Bloomington: Indiana University Press.

B. Liste bibliographique

Australe, M. (2010). *Les années de lait récit, d'un allaitement au long cours*. Breuillet: L'instant Présent.

Bayard, C. & Chouinard, C. (Dir.). (2014). *La promotion de l'allaitement au Québec: regards critiques*. Montréal: les éditions du remue-ménage.

Beaudry, M., Chiasson, S., Lauzière, J. (2007). *Biologie de l'allaitement*. Québec: Presses de l'Université de Québec.

Bengson, D. (2003). *A propos du sevrage... quand l'allaitement se termine.* Saint-Laurent (Québec): Ligue internationale La Leche.

Boquillod, C. (2011). Réflexion autour de la notion de culture d'allaitement ou de non-allaitement. *Les Dossiers de l'allaitement, 86*, 3-4.

Bruillon, V., Majesté, M. (1996). *Le sein, images, représentations.* Paris: L'Harmattan.

Didierjean-Jouveau, C. (2012). Féminisme et allaitement, ça va très bien ensemble. *Grandir autrement, 37*, 44.

Didierjean-Jouveau, C.S. (2006). *Les 10 plus gros mensonges sur ... l'allaitement*. Saint-Jean-de-Braye: Editions Dangles.

Fildes, V. (1987). *Breasts, bottles and babies: a History of infant feeding.* Edinburgh: Edinburgh University Press.

Flower, H. *Adventures in tandem nursing: breastfeeding during pregnancy and beyond*. Schaumburg, Illinois: La Leche League Internationale.

Gaskin, I.M. (2012). *Le guide de l'allaitement naturel: nourrir son enfant en toute liberté*. Paris: Mama Editions.

González, C. (2008). L'allaitement au-delà de 6 mois: une diversification alimentaire en toute confiance. *Dossiers de l'allaitement* (hors-série), 16-18

González, C. (2014). *Serre-moi fort : Comment élever vos enfants avec amour.* Villiers-sur-Marne: Editions du Hêtre.

Grégoire, L., Poussart, M-A. (2008). *Près du coeur, témoignages et réflexions sur l'allaitement.* Montréal: Les éditions du remue-ménage.

Gros, D. (1988). *Le sein dévoilé*. Succès du livre

Hergoz-Evans. (2007). *Allaitement et droit.* Paris: L'Harmattan.

Hicks, J. (2005). *Hirkani's daughters: women who scale modern mountains to combine breastfeeding and working.* La Leche League International Book.

L'allaitement quand il dure (longtemps). (2014). *Allaiter aujourd'hui!* (hors-série).

La leche league. (2009). *L'art de l'allaitement maternel.* Paris: Editions First.

Le Goedec, B. (Dir.). (2013). Allaitement [Dossier]. *Les Dossiers de l'Obstétrique, 430*, 9-21.

Mohrbacher, N., Stock, J. (2003). *The Breastfeeding answer book*. Schaumburg, Illinois: éditions Ligue La Leche.

Newman, J. Pitman, T. (2004). *L'allaitement: comprendre et réussir.* Québec: Jack Newman Communications.

Page, L.A. (1995). *Le nouvel art de la sage-femme, science et écoute mises en pratique*. Paris: Elsevier SAS.

Palmer, G. (2009). *The politics of breastfeeding: when breasts are bad for business.* Londres: Pinter & Martin.

Robisch, J.E. (2014). To Three and Beyond: Stories of Breastfed Children and the Mothers Who Love Them. Praeclarus Press

Roques, N. (2001). *Au sein du monde.* Paris: L'Harmattan.

Scott, J. (2011). Attitudes to breastfeeding. In P. Liamputtong (Dir.), *Infant feeding practices: a cross-cultural perspective* (pp. 39-54). Springer.

Thirion, M. (2004). *L'allaitement: de la naissance au sevrage.* Paris: Albin Michel.

Vigouroux, A. (2015). *L'allaitement long expliqué à mon psy, mon généraliste, mon pédiatre, ma voisine…* Villiers-sur-Marne : Editions du Hêtre.

XII. Annexes

A. Annexe 1 : Couverture de l'hebdomadaire « Time » du 21 mai 2012



B. Annexe 2 : Couverture du magazine norvégien « BT Magasinet » du 26 mai 2012



C. Annexe 3 : Affiche d'une campagne de promotion de l'Agence de la santé publique du Canada destinée à normaliser l'allaitement prolongé (2014)

